

A propos de 17 observations d'inclusion de graisse dans les évidements petro-mastoïdiens

Travail du Service d'Oto-Rhino-Laryngologie de Saint-Etienne
(Docteur PERRON)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 JUIN 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

FABRE Philippe

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne

Né le 22 Mars 1926 à CREST (Drôme)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1955

A PROPOS
DE 17 OBSERVATIONS D'INCLUSION DE GRAISSE
DANS LES ÉVIDEMENTS PÉTRO-MASTOIDIENS

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen Honoraire.....	MM. J. LEPINE
Doyen	HERMANN
Assesseur	GATE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL, LEPINE,
SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND, MAZÉL, LEULIER

PROFESSEURS

Clinique médicale A.	MM. FROMENT
Clinique médicale B.	P. RAVAUT
Clinique chirurgicale A.	SANTY
Clinique chirurgicale B.	WERTHEIMER
Clinique ophtalmologique	BONNET
Clinique oto-rhino-laryngologique	MAYOUX
Clinique urologique	CIBERT
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.	DUFOURT
Clinique dermatologique et syphiligraphique.	GATE
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale.	DECHAUME
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.	SEDALLIAN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	GUILLEMINET
Clinique gynécologique	POLLOSSON
Clinique obstétricale et Accouchements.	PIGEAUD
Clinique stomatologique	DUCLOS
Clinique médicale infantile et Hygiène premier âge.	BERNHEIM
Pharmacie et Pharmacologie	X...
Physiologie	HERMANN
Anatomie pathologique.	J.-F. MARTIN
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	PONTHUS <i>dét. à Beyrouth</i>
Médecine du Travail.	BOURRET
Parasitologie et Pathologie exotique.	GARIN
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.	CHAMBON
Pathologie générale et expérimentale.	JOSSERAND
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.	DELORE
Anatomie	GABRIELLE
Pathologie interne.	CROIZAT
Chimie biologique et médicale.	ENSELME
Pathologie chirurgicale.	MALLET-GUY
Histologie	NOEL
Pharmacie galénique et matière médicale.	REVOL
Médecine légale et déontologie.	X...
Thérapeutique	LEVRAT
Hygiène	SOHIER
Biologie médicale.	JOURDAN
Propédeutique chirurgicale.	BERTRAND.
Botanique et cryptogamie.	NETIEN
Pharmacie analytique pharmacutique.	BADINAND.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique	MM. BANSSILLON
Pharmacie et Pharmacologie.....	DREVON
Physique biologique.....	BERGER

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Parasitologie	MM. COUDERT	Bactériologie	MM. A. BERTOYE
Pathologie	ROMAN	Physiologie	CHATONNET
Histologie	X...	Physiologie	CIER
		Biochimie médicale	R. CREYSSE

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		AGRÉGÉS EN EXERCICE	MM.
Pathologie médicale.....	BRUN	Anatomie pathologique..	A. GUICHARD
Pathologie médicale.....	M. GIRARD	Anatomie.....	M. LATARJET
Pathologie médicale.....	P. GIRARD	Neuro-chirurgie.....	LECUIRE
Pathologie médicale.....	JEUNE	Oto-rhino-laryngologie.....	X.....
Pathologie médicale.....	VACHON	Ophthalmologie.....	PAUFIQUE
Pathologie médicale.....	GALY	Urologie.....	PERRIN
Pathologie médicale.....	GONIN	Dermato-syphiligraphie.....	THIERS
Pathologie chirurgicale.....	BERARD	Médecine légale.....	ROCHE
Pathologie chirurgicale.....	DARGENT		
Pathologie chirurgicale.....	DESJACQUES		
Pathologie chirurgicale.....	LABRY		
Pathologie chirurgicale.....	MANSUY		
Pathologie chirurgicale.....	A. TRILLAT		
Pathologie chirurgicale.....	GUILLET		
Orthopédie.....	J. MARION		
Obstétrique.....	BROCHIER		
Obstétrique.....	MAGNIN		
	MATHIEU		

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Hygiène	MM.
Histologie	BENAZET
Physique biologique....	L. DUMONT
Pharmacie et Pharmacol.	MORET
Chimie organ. et toxicol.	A. CIER
	L. PERROT

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MAYOUX, Président ; DESJACQUES, DARGENT, J. MARION, Assesseurs.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A propos de 17 observations d'inclusion de graisse dans les évidements petro-mastoïdiens

Travail du Service d'Oto-Rhino-Laryngologie de Saint-Etienne
(Docteur PERRON)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 JUIN 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

FABRE Philippe

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon
Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne

Né le 22 Mars 1926 à CREST (Drôme)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1955



A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur MAYOUX

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique

Bien que nous n'ayons pas été directement son élève, il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Il nous a toujours témoigné beaucoup de bienveillance. Nous le prions d'accepter l'hommage de notre respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé DESJACQUES

Monsieur le Professeur Agrégé D'ARGENT

Ils ont bien voulu accepter de nous juger.

Qu'ils trouvent ici l'expression de nos sentiments très respectueux et très reconnaissants.

Monsieur le Professeur Agrégé J. MARION

Nous le remercions de nous avoir accueilli toujours avec une grande bienveillance. Il nous a fait le grand honneur de bien vouloir être parmi nos juges, bien que nous ne soyons pas son élève.

Nous lui en sommes très reconnaissant.

A NOTRE MAITRE

le Docteur PERRON

Oto-Rhino-Laryngologiste
des Hôpitaux de Saint-Etienne

C'est à lui que nous devons toute notre formation oto-rhino-laryngologique. Deux années d'Internat à son contact nous ont permis d'apprécier la clarté de son enseignement et d'admirer sa maîtrise chirurgicale.

Il fut notre guide dans l'élaboration de ce travail.

Nous le remercions de la confiance qu'il veut bien nous accorder, et l'assurons de notre profonde et sincère reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

Externat :

Monsieur le Docteur RICARD

Monsieur le Professeur Agrégé DESJACQUES

Monsieur le Professeur DUFOUT

Monsieur le Professeur Agrégé CREYSSEL

Monsieur le Professeur DECHAUME

Monsieur le Docteur P. BERTOYE

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

Monsieur le Docteur DUVERNE

Monsieur le Docteur BOCCA

Monsieur le Docteur BÉRARD

Monsieur le Docteur MELEY

Monsieur le Docteur PERRON

A MES AMIS ET CAMARADES
DE L'INTERNAT DE SAINT-ÉTIENNE

INTRODUCTION

C'est au Congrès de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie de 1950 que Moulonguet et Bouche publièrent leurs premiers résultats d'évidement pétro-mastoïdien avec inclusion de graisse. Notre Maître, le Docteur Perron, implanta immédiatement cette technique dans son Service à l'Hôpital de Bellevue, et durant les années 1951 et 1952, 17 malades en bénéficièrent.

Ce sont les résultats de ces 17 cas, revus trois et quatre ans après leur opération, qui font l'objet de cette thèse, et nous remercions le Docteur Perron d'avoir bien voulu nous confier ce travail.

Après un bref historique, nous étudierons la technique générale des implantations de graisse dans les cavités d'évidement. Nous rapporterons ensuite les observations, et après quelques commentaires sur les résultats, nous essayerons d'esquisser les indications de ce mode opératoire.

HISTORIQUE

Il y a quelques dizaines d'années, une otorrhée chronique, à l'exception des formes compliquées ou en imminence de complications, relevait avant tout du traitement médical. Ce n'est qu'après avoir épuisé toute la gamme des antiseptiques que l'on envisageait l'acte opératoire, et cela parce que l'évidement petro-mastoïdien, seule opération totalement curatrice, était grevée :

- de suites interminables et douloureuses, en raison de l'infection persistante ;
- d'un pronostic fonctionnel mauvais (audition aggravée dans 50 à 90 % des cas suivant les statistiques) ;
- et dans 30 % des cas l'otorrhée persistait.

La mise au point de techniques d'évidement économiques (antro-atticotomie de Sourdille - évidement antro-attical de Ramadier) et surtout, la découverte des sulfamides puis des antibiotiques fungiques rendant efficaces les soins opératoires ont transformé cette chirurgie qui apporte à l'O.R.L., ainsi que le dit Maduro : « avec des guérisons faciles, rapides et définitives, sauf exceptions de plus en plus rares, les plus belles satisfactions dont puisse s'enorgueillir notre spécialité ».

Mais alors que les auteurs français s'attachaient, par la pratique des greffes cutanées libres (M. Ombrédanne, 1948) au détriment de la plastie taillée sur le conduit, à favoriser le processus d'épidermisation, Nasiell en Suède, reprenant une idée de Chaput (Congrès de Chirurgie, 1909) emploie la greffe de tissu graisseux dans une cavité septique d'évidement.

En 1922, une telle tentative, en l'absence d'antiseptiques efficaces, était vouée à l'échec. L'ère des antibiotiques devait transformer cet état de choses, et en 1946, à la Société Suédoise

d'O.R.L., Nasiell présenta une statistique d'évidements petromastoïdiens par voie rétro-auriculaire suivis d'inclusion de graisse, avec une importante proportion de succès.

Les auteurs argentins (Tato, Haedo, Guttierrez) remarquèrent ce travail, vérifièrent (Rechniinsky) que le tissu graisseux était un milieu de culture défavorable pour les germes microbiens, et employèrent la greffe de tissu adipeux dans les cavités d'évidement. Haedo, en 1949, dans la *Revista Oto-Rhino-Laryngologica*, publia une série de 12 cas opérés avec succès par cette méthode, et la conseilla dans les attico-antrotomies avec voie d'abord endaurale.

Ce procédé fut introduit en France en mai 1950 par le Professeur Agra qui en fit la démonstration à l'Hôpital Boucicaut.

Bouche et Moulounguet publièrent les 5 premiers cas français au Congrès d'O.R.L. 1950, concluant ainsi :

« La méthode des greffes adipeuses dans les évidements permet dans un pourcentage important de cas, d'obtenir un assèchement de l'oreille dans un délai de dix à vingt jours, sans pansement douloureux, et avec une bonne récupération auditive. Elle ne doit être utilisée que dans les cas d'otite suppurée froide, en dehors des poussées de réchauffement, et lorsqu'il n'y a aucun soupçon de complication endocranienne ».

Peu après, en mars 1951, M. le Professeur Mayoux et Mereaud présentaient 20 cas d'évidement selon cette technique, et attiraient l'attention sur plusieurs points :

— que la cavité étant comblée ne se cloisonnait plus, et ainsi ne donnait plus lieu à des récessus toujours dangereux ;

— que le fait d'employer la voie endaurale limitait la cavité opératoire et diminuait d'autant les risques de suppuration ;

— que la greffe adipeuse semblait :

- diminuer la durée de l'otorrhée post-opératoire ;
- améliorer l'audition du sujet ;
- éviter à coup sûr les pansements longs et difficiles.

L'année suivante, les auteurs lillois (Drs Picquet, Decroix, Thèse Lejeune) apportaient quelques modifications à la technique ini-

tiale, et commentant leurs résultats, ajoutaient : « Les résultats obtenus sont satisfaisants, et paraissent actuellement meilleurs que ceux obtenus par les méthodes habituelles, surtout par rapport à l'audition. Il semble que celle-ci bénéficie d'un apport de biostimuline à la manière d'un traitement de Filatov. La méthode permet, d'autre part, de réduire le temps d'hospitalisation du malade et de simplifier au minimum les soins post-opératoires. »

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION

Comblér la cavité mastoïdienne, créée par l'opération, voilà le but de l'inclusion de graisse.

Nous ne parlerons pas des différentes techniques d'évidement. Il nous faudrait toutes les passer en revue. En effet, nos premiers cas étaient des attico-antrotomies ; enthousiasmés par les résultats, nous avons rapidement étendu les indications de la graisse aux évidements radicaux, et même aux simples mastoïdectomies.

Tous les cas opérés ont eu une anesthésie générale.

La voie d'abord pour l'évidement est fonction des lésions anatomiques jugées par la clinique et la radiologie, et du type d'intervention préconisée :

- voie endaurale pour les attico-antrotomies,
- voie rétro-auriculaire en général pour les évidements petromastoïdiens.

L'évidement osseux est toujours pratiqué à la gouge et au maillet, l'emploi de la fraise ayant été déconseillé par certains auteurs. Suivant les lésions constatées, l'opération sera totale ou partielle. Il est indispensable, en tous cas, de ne laisser aucune lésion, de vérifier l'intégrité de l'os, d'éliminer toute la matrice du cholestéatome, de ne laisser aucun débris osseux. Dans le cas d'évidement radical, le temps de la plastie du conduit est supprimé. On garde soigneusement toute la paroi postérieure et supérieure du conduit membraneux.

Une fois que la cavité d'évidement est parfaitement nette et propre, on passe au deuxième temps : la prise de la greffe de graisse. Elle se fera au niveau de la paroi abdominale, du côté

gauche de préférence. Les auteurs lillois conseillent une incision horizontale, se cicatrisant plus rapidement et esthétiquement moins visible. De toute façon, le fragment de graisse prélevé doit être plus gros qu'il ne paraît nécessaire, car un greffon d'une seule tenue est préférable. Les sutures abdominales doivent être très minutieuses, l'hémostase rigoureuse, et c'est vraisemblablement pour avoir oublié ce détail que, par deux fois, il s'est produit des hématomes, ayant nécessité une réintervention.

Le greffon est immédiatement transplanté dans la cavité d'évidement où il baignera dans une solution de pénicilline. Les sulfamides n'ont jamais été employées, et nous n'avons aucune expérience de la méthode dite « sandwich » du Professeur Picquet. Le greffon doit remplir toute la cavité osseuse, sans déborder sur la partie inférieure de la caisse, ni faire saillie à l'extérieur.

Il ne reste plus qu'à suturer soigneusement les plans superficiels de manière à ce que le greffon soit parfaitement enfoui, ne fasse pas hernie entre les points et ne soit pas embroché par l'aiguille :

— En cas de voie d'abord rétro-auriculaire, deux plans sont nécessaires :

- un au catgut, rapprochant le tissu cellulaire sous-cutané ;
- l'autre au crin sur la peau.

— Par voie endaurale, un plan est suffisant, mais la suture doit être particulièrement étanche dans la partie la plus externe du conduit membraneux, pour en éviter les déhiscences ultérieures.

Un drain de caoutchouc (calibre 12) est laissé dans le conduit, enfoncé le plus profondément possible. Certains auteurs donnent la préférence à une mèche bien tassée dans le fond. Un pansement recouvre le tout.

Durant les dix jours suivant l'opération, le malade reçoit un million d'unités de pénicilline en une injection le matin.

Le premier pansement a lieu le troisième jour : on enlève le drain, on inspecte rapidement la plaie opératoire, on instille de la pénicilline, et on obture le conduit par une tente légèrement tassée dans le fond du conduit, et changée quotidiennement.

D'ordinaire, entre le dixième et le vingtième jour, le conduit est épidermisé, l'oreille est sèche. A l'examen, on trouve un conduit bien calibré, un fin épiderme recouvre la graisse très reconnaissable.

Par la suite, elle se rétractera, mais uniformément, ne créant pas ces récessus si propices à la suppuration. Lejeune, dans sa thèse, rapporte le cas d'un malade opéré avec succès, et chez lequel on eut l'occasion quelques mois après de prélever un fragment de la graisse greffée. L'examen anatomo-pathologique montra qu'il s'agissait « d'un tissu de nature conjonctive et de composition hétérogène au sein duquel le tissu graisseux semble en voie de disparition, au profit d'un tissu conjonctif banal ». Ce fait a été vérifié par nous-même chez un enfant opéré de mastoïdectomie, et chez lequel on dut réintervenir deux années après.

LES OBSERVATIONS

17 malades furent opérés en 1951 et 1952. Tous (sauf un enfant de 4 ans) eurent un audiogramme quelques jours avant l'intervention. Un deuxième audiogramme fut établi à leur sortie. Ces malades furent reconvoqués au début de l'année 1955 : 14 se présentèrent à la visite, 3 ayant quitté la région n'ont pu être touchés.

Rappelons que pour l'interprétation des audiogrammes :

- le trait plein = la conduction aérienne (C.A.),
- le trait en pointillé = la conduction osseuse relative (C.O.).

OBSERVATION I

Rar... Claude.

Homme de 39 ans, hospitalisé le 15-11-50 pour une otite chronique réchauffée. Les oreilles coulent par intermittence depuis 1941, mais le malade ne s'en préoccupait guère. La poussée de réchauffement date du 27-10-50, intéressant le côté gauche.

A l'entrée :

Écoulement purulent gauche minimum avec réaction mastoïdienne gauche.
Écoulement purulent droit abondant et fétide.

Otoscopie :

O.G. : perforation linéaire de petite taille dans la région médiane.

O.D. : perforation à l'ombilic.

Le 15-11-50 : On fit une large paracentèse du côté gauche.

On met le malade à la pénicilline intra-musculaire 1.000.000 unités.

Soins locaux de propreté avec instillation de tifomycine.

Le 22-11-50 : Du côté gauche tout est terminé. L'oreille est sèche.

Du côté droit, l'écoulement n'a pas été influencé par le traitement.

On décide d'intervenir du côté droit.

L'audiogramme, pratiqué le 20-11-50, montre du côté droit une surdité de transmission :

— Une C.A. avec une perte moyenne de 30 à 40 décibels jusqu'au 2048 et plongeant ensuite.

— Une C.O.R. conservée jusqu'au 1024, s'abaissant ensuite rapidement.
Radiographie des mastoïdes : pratiquement normales.

Le 23-11-50 : Intervention (Dr Perron).

O.D. : attico-antrotomie par la voie du conduit.

Conservation de la paroi postéro-supérieure du C.A.E. qui sert de lambeau cutané.

Mise en place de tissu graisseux pour remplir attique, aditus et antre. Ce tissu est recouvert par le lambeau cutané du conduit, qui constitue la plastie.

Un drain dans le conduit.

Pénicilline 1.000.000 d'unités.

Le 26-11-50 : Ablation du drain.

Le 10-12-50 : Suites très simples. Cicatrisation terminée au dixième jour.

Il persiste une perforation tympanique par où chaque jour s'écoule une petite quantité de pus muqueux et filant.

On conseille au malade la résection de sa cloison nasale déviée (15-12-50).

Le malade sort le 20-12-50, et il reviendra à partir du 1^{er} janvier pour des insufflations tubaires avec projections de tifomycine.

A la date du 20-1-51, l'oreille droite est sèche. Un audiogramme est pratiqué montrant une amélioration d'environ 10 décibels sur toutes les fréquences en C.A. et en C.O.R.

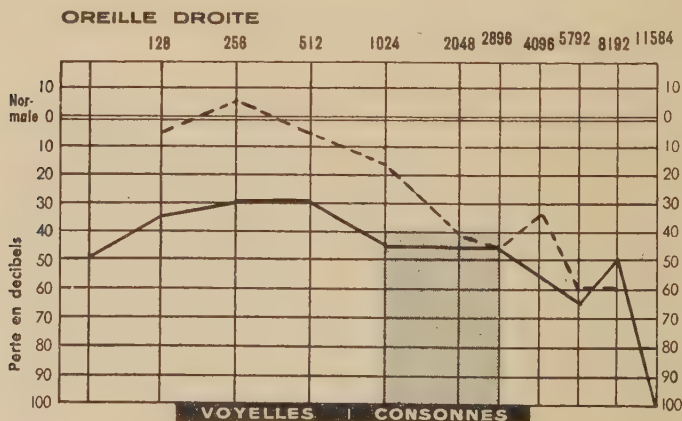
Revu le 8-1-55.

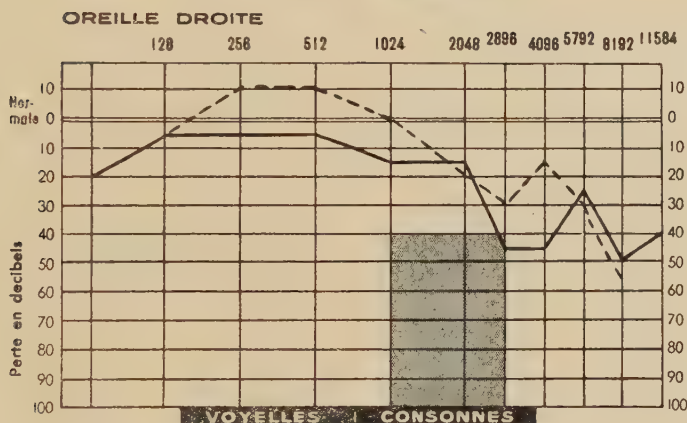
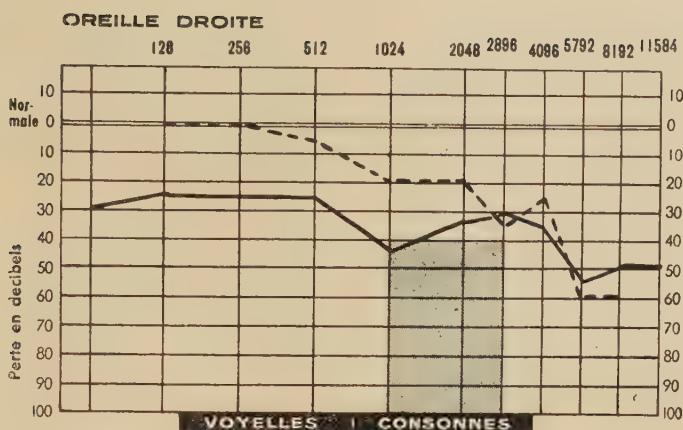
L'oreille droite n'a plus jamais coulé depuis la sortie du service. Amélioration subjective considérable de l'audition.

L'oreille gauche de son côté ne coule plus.

Otoscopie : O.D. : il n'existe plus de perforation tympanique, la graisse s'est rétractée, il y a parfaite continuité entre les restes du tympan et la graisse.

L'audiogramme montre une amélioration spectaculaire : en C.A. et C.O.R. les sons graves jusqu'au 2048 sont pratiquement normaux ; pour les aigus, la perte d'audition n'est plus que de 30 à 40 décibels.





OBSERVATION II

Jer... Marcel.

Homme de 30 ans, hospitalisé le 14-12-50 pour une otorrhée bilatérale datant de la petite enfance et coulant de façon pratiquement constante.

A l'entrée :

Pas de signe de complication.

Les oreilles ont été asséchées préalablement par le traitement médical.

Otoscopie : Des deux côtés, perforation postérieure et supérieure un peu bourgeonnante, d'aspect rouge inflammatoire ; muqueuse de la caisse très granuleuse.

Acoumétrie :	O.D.		O.G.
	5 cm	montre	10 cm
	O.D.	Weber	
	4/25	Rinne (256)	8/25

Surdité oreille moyenne prédominante à droite. Audiogramme montre une perte (O.D.)

— en C.A. : de 50 décibels en moyenne sur toutes les fréquences,

— en C.O.R. : de 15 décibels en moyenne sur toutes les fréquences.

Radiographie : mastoïdes scléreuses des deux côtés.

Intervention, le 13-12-50 (Dr Perron).

O.D. : Evidement de l'attique par la voie du conduit.

L'enclume est enlevée, sa branche postérieure est détruite par l'ostéite.

La tête du marteau est sectionnée.

La continuité de la paroi supérieure du conduit avec le tympan est rompue au niveau du cadre tympanal.

Mise en place de graisse dans la cavité de l'attique.

Suture. Un drain dans le conduit.

Pénicilline générale (1.000.000 unités) pendant dix jours.

Le 16-12-50 : Ablation du drain.

Le 26-12-50 : L'oreille est sèche, mais la perforation subsiste. La paroi supérieure du conduit est un peu abaissée. Le malade sort.

Le 13-1-51 : Le malade est revu pour faire un audiogramme.

La C.A. s'est améliorée d'environ 10 db.

La C.O.R. est pratiquement inchangée.

Le malade est revu le 8-1-55.

L'oreille droite a coulé presque constamment depuis la sortie : écoulement insignifiant, d'odeur fétide, qui ne paraît pas être en relation avec les rhumes. Pas d'amélioration subjective de l'audition. Est gêné par une résonance des bruits dans l'oreille opérée lorsqu'il parle.

L'oreille gauche coule de façon plus abondante.

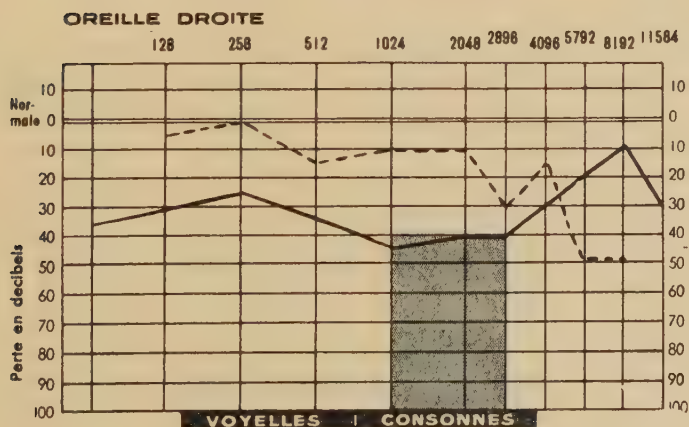
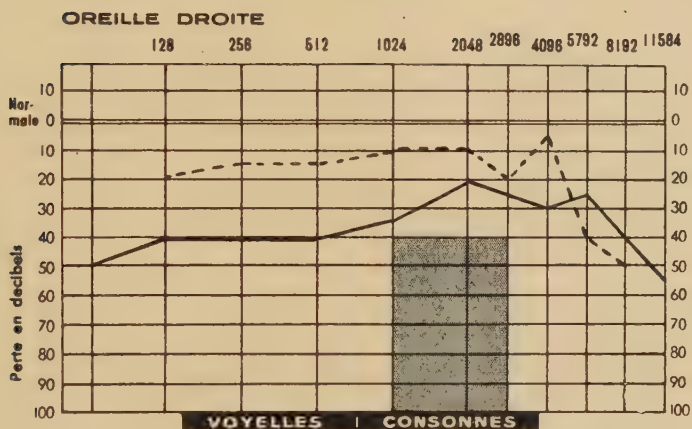
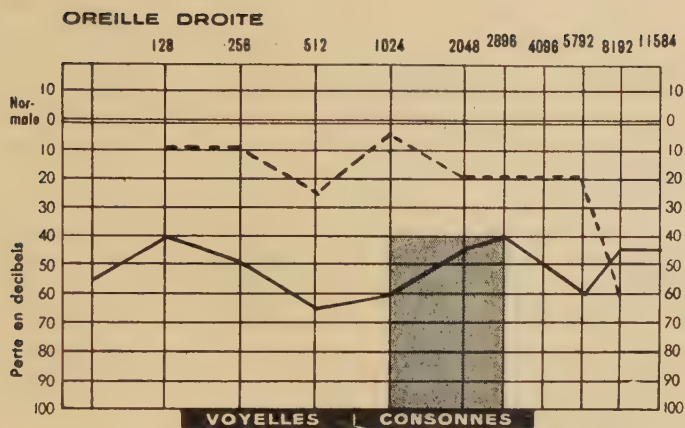
Otoscopie :

O.D. : Aujourd'hui sèche. Il existe une petite perforation en avant du manche du marteau. Le conduit est toujours rétréci dans sa portion supérieure.

O.G. : Le tympan n'existe plus que dans sa portion antéro-supérieure. Le fond de caisse apparaît bourgeonnant.

Acoumétrie :	O.D.		O.G.
	20 cm	montre	80 cm
	50 cm	voix chuchotée	50 cm
	0/30	Rinne (256)	0/20
	Weber non latéralisé		

Audiogramme : l'amélioration s'est pratiquement maintenue, mais il y a une légère baisse à partir du 1024.



OBSERVATION III

Bau... Claudette.

Jeune fille de 20 ans, hospitalisée dans le service le 4-5-51 en raison d'une otite droite apparue depuis huit jours, perforée spontanément et s'accompagnant depuis deux jours de paralysie faciale droite.

Aucun antécédent d'otorrhée.

A l'entrée :

Température à 38°4.

Pas de réaction mastoïdienne.

Paralysie faciale droite de type périphérique.

Otoscopie :

O.G. : Tympan normal.

O.D. : Tympan avec perforation antérieure.

Gorge normale.

Nez : déviation de cloison.

Audiogramme :

C.A. : perte de 50 à 60 décibels sur toutes les fréquences.

C.O.R. : perte d'environ 30 décibels également sur toutes les fréquences.

Intervention, le 5-5-51 (Dr Tognet) :

O.D. : Evidemment pétro-mastoïdien par la voie rétro-auriculaire. Dès l'ablation de la corticale mastoïdienne, on trouve le sinus latéral occupant presque toute la largeur de la mastoïde qui est petite. Il arrive presque jusqu'au mur du facial. Au cours de la dénudation du sinus pour voir les cellules de la pointe, blessure du sinus nécessitant un tamponnement. La zone de la pointe paraît saine. L'antre est très haut, presque au-dessous du conduit.

On est obligé de dénuder la dure-mère du toit pour avoir un passage vers l'attique. On taille le mur du facial avec beaucoup de difficultés. Evacuation d'un cholestéatome de l'attique, se prolongeant à travers l'aditus. Les lésions du facial siègent certainement au niveau du plancher de l'aditus. En raison du tamponnement du sinus, on laisse tout ouvert sans plastie.

Le 30-5-51 : Reprise pour plastie (Dr Perron).

Les lésions sont encore bourgeonnantes. On redécouvre le sinus, la méninge ; dans un espace extrêmement étroit entre sinus et méninge, un cholestéatome se glisse dans le mur du facial jusque vers la pointe. On fait sauter le pont de l'aditus et on nettoie l'attique qui est complètement cachée derrière une méninge procidente.

Après avivement des bords cutanés de la plaie, on met en place, suivant la technique argentime, un fragment de graisse prélevé à la paroi abdominale et on suture.

Un drain dans le conduit.

Pénicilline générale 1.000.000 pendant dix jours.

3-6-51 : Ablation du drain.

23-6-51 : La cicatrisation postérieure est bonne. Dans le conduit, il persiste un petit suintement. La malade sort avec un traitement local, à base de Pénisulfa O.R.L. La paralysie faciale a complètement régressé.

24-7-51 : Revue à la consultation : oreille sèche.

21-1-55 : Depuis 1951, pas d'écoulement. Pas de vertiges. Pas de céphalées. Quelques bourdonnements d'oreille par intermittence. Augmentation subjective de la surdité.

Otoscopie :

O.D. : la graisse est rétractée ; un petit pertuis existe en haut et en avant, mais parfaitement épidermisé et sec.

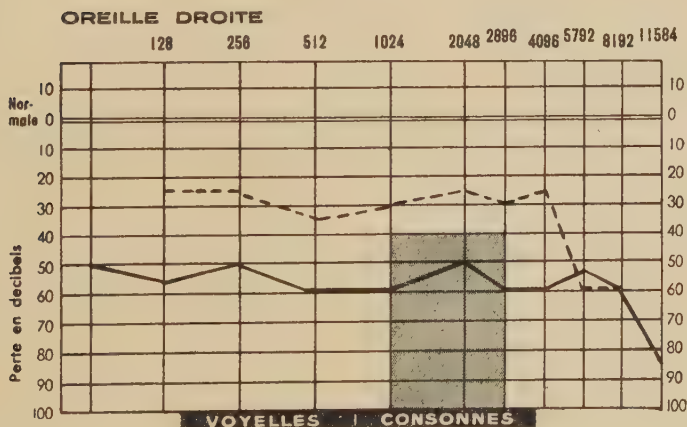
O.G. : normale.

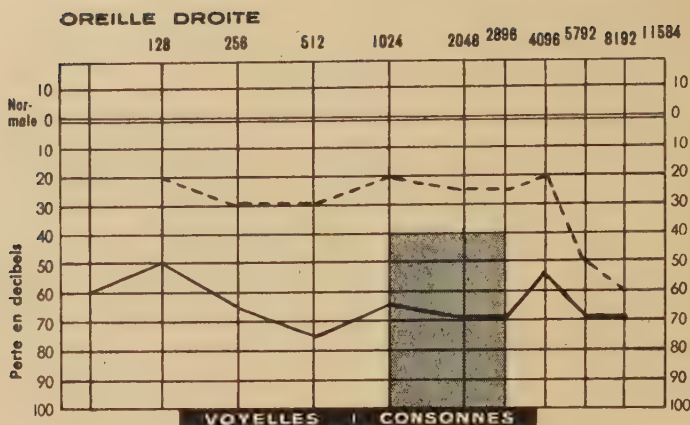
Acoumétrie :	O.D.		O.G.
	0	montre	1 m.
	0	voix chuchotée	1 m.
		Weber	O.G.
	—	Rinne	+

Audiogramme :

C.A. : identique.

C.O.R. : perte de 10 db par rapport à l'examen pré-opératoire sur toutes les fréquences.





OBSERVATION IV

Cham... Roger, 23 ans.

Début de l'otorrhée gauche en 1945, traitée au début, mais ensuite systématiquement ignorée, bien qu'abondante et souvent fétide.

Hospitalisé dans le service le 4-5-51, à l'âge de 23 ans, à l'occasion d'une poussée de réchauffement.

En effet, depuis le 28-4-51 : violentes douleurs rétro-auriculaires gauches, puis généralisées à toute la tête avec quelques vertiges. Quelques frissons. Température entre 38° et 39°.

A l'entrée :

Malade légèrement obnubilé. Température à 39°6.

Souffre de la région occipitale et derrière l'oreille gauche.

Existence de signes méningés (raideur de la nuque).

Réaction mastoïdienne gauche sans modification des téguments.

Otoscopie :

O.G. : Otorrhée purulente abondante et fétide. La perforation n'est aperçue, perdue dans les nombreux bourgeons du fond du conduit et de la caisse.

O.D. : Tympan normal.

Acoumétrie : O.D.
1 m.
normal

montre
Weber latéralisé O.G.
Rinne

O.G.
0
éclatant négatif

Donc, surdité de type conduction.

Ajoutons, en outre :

Pas de nystagmus.

Pas de paralysie du VII et du V.

Pas de signes pyramidaux ou cérébelleux.

F.O. : rien à signaler.

Pas de rate.

Ponction lombaire : liquide louche. Tension à 30 Queeckenstedt libre des deux côtés avec nombreux polynucléaires. Pas de microbe. Albumine : 1,35 au litre. Sucre normal.

Intervention, le 5-5-51 (Dr Tognet) :

O.G. : Incision rétro-auriculaire, plus incision de décharge postérieure. Ablation du couvercle mastoïdien. Du pus sous pression et d'odeur très fétide sort à l'ouverture de l'antra. Mise à nu de la dure-mère du toit antral, de la dure-mère pré- et rétro-sinuale ; mise à nu du sinus latéral : très grosse lésion supérieure péri-sinuale avec bourgeon purulent. Il devait exister un abcès sous-dural qui s'est évacué au cours de l'intervention.

Le sinus latéral thrombosé est incisé longitudinalement ; curetage du bout supérieur ; mise en place d'une mèche après que le sang soit apparu.

Après ablation d'un gros cholestéatome occupant antra, aditus et attique, on termine l'évidement par la taille du mur du facial.

Deux crins sur la contre-incision.

On laisse tout ouvert après méchage.

Mis à pénicilline : 2.000 ; streptomycine : 1 g. 50.

9-5-51 : Ablation de la mèche sinuale sans incident.

30-5-51 : Les suites ont été on ne peut plus simples.

Audiogramme.

2-6-51 : Intervention (Dr Perron) :

O.G. : Résection des bords de la plaie. Curetage soigneux de toute la profondeur avec ablation des bourgeons.

Nettoyage de la caisse.

Incision de décharge supérieure et inférieure pour pouvoir fermer sans traction.

On met un fragment de graisse prélevé à l'abdomen.

Fermeture en deux plans. Petit drain dans le conduit.

Pénicilline : 1.000.000.

Ablation du drain le 5-6-51.

Les suites furent simples, le malade sortit le 22-6-51 avec une oreille sèche.

Le malade ne s'est pas remontré jusqu'à ce qu'on le convoque le **14-1-55**.

Depuis sa sortie, l'oreille gauche n'a plus jamais coulé.

Il ne se plaint ni de vertiges, ni de céphalées, et reconnaît mieux entendre qu'avant l'opération.

Le C.A.E. est rétréci par chute de la paroi postérieure.

Otoscopie :

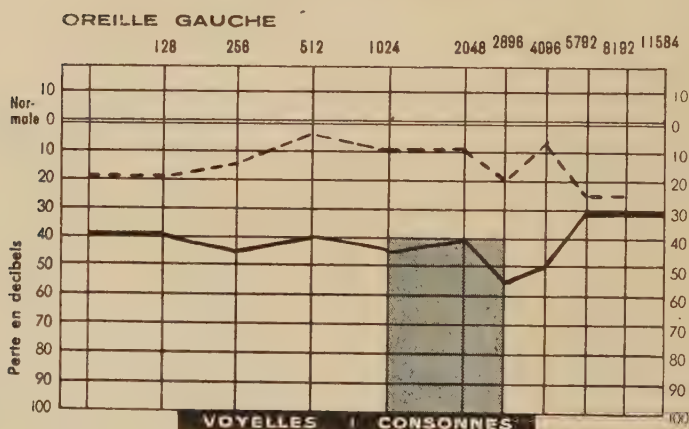
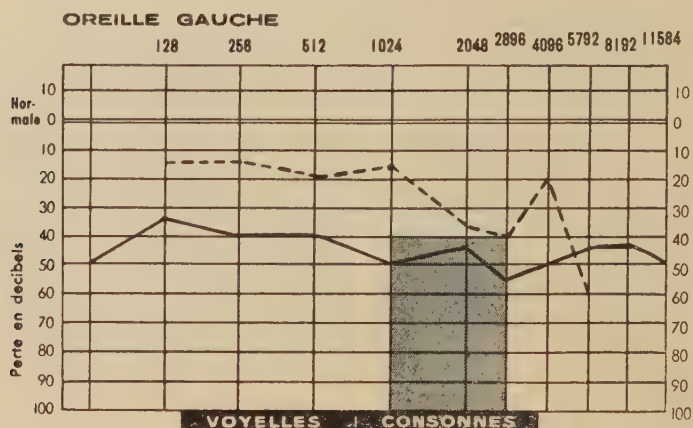
O.G. : graisse s'est rétractée, parfaitement épidermée.

Pas de perforation, ni de suppuration.

O.D. : Tympan normal.

Acoumétrie :	O.D.	O.G.
	1 m. 50	montre 15 cm
	2 m.	voix chuchotée 20 cm
		Weber O.G.
	30/35	Rinne (512) 0/30

Audiogramme : La comparaison des deux audiogrammes montre un état stationnaire.



OBSERVATION V

Col... Josiane.

Cette enfant de 8 ans a des antécédents otitiques chargés, et ses parents ne s'en occupent guère.

En effet, ses deux oreilles coulent depuis sa plus petite enfance.

A l'âge de 2 ans, mastoïdectomie droite. L'otorrhée n'en persiste pas moins.

A 7 ans : abcès rétro-auriculaire droit, guéri après incision et traitement médical.

Elle entre dans le service, le 20-4-51, pour une otorrhée bilatérale persistante sans signe de complication.

Otoscopie :

O.D. : Coule abondamment. Le tympan est noyé dans le pus.

O.G. : Petite perforation par où s'échappe un pus fétide.

Mise au traitement médical avec antibiotiques par voie générale et localement après lavage.

Le 8-5-51, après quinze jours de traitement :

O.D. : Ne coule plus. La perforation tympanique est bouchée.

O.G. : Sérosité par la perforation.

Radiographie du côté gauche : on est frappé par la clarté anormale de la mastoïde où toutes les cloisons cellulaires ont disparu.

Audiogramme :

C.A. : Perte de 20 à 30 décibels sur toutes les fréquences.

C.O. : Normal.

On décide d'intervenir sur l'oreille gauche.

Le 11-5-51 : Intervention (Dr Perron) :

O.G. : L'évidement mastoïdien est pratiquement fait en raison d'un cholestéatome occupant l'antre et s'avancant dans l'attique.

Nettoyage soigneux de celle-ci, en partie cachée par la méninge.

Inclusion de graisse. Fermeture totale. Un drain dans le C.A.E.

Pénicilline générale : 1.000 pendant dix jours.

Suites opératoires :

Le 15-5-51 : Ablation du drain.

Le 1-6-51 : Les suites ont été très simples. On voit toujours la perforation qui est bouchée par du tissu cicatriciel. Oreille sèche.

A droite, l'oreille s'est remise à couler, et l'enfant par avec un traitement médical.

Revue à la consultation, le 18-7-51 : Les deux oreilles sont sèches.

Audiogramme : elle semble avoir gagné une dizaine de décibels sur toutes les fréquences.

Revue le 6-1-55 : Les deux oreilles n'ont pratiquement jamais coulé depuis 1951.

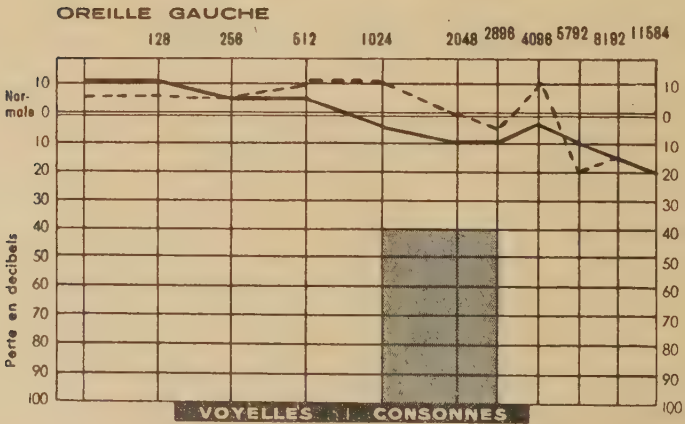
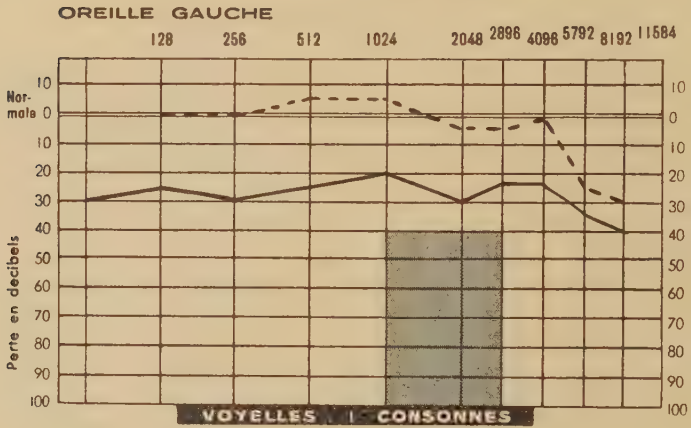
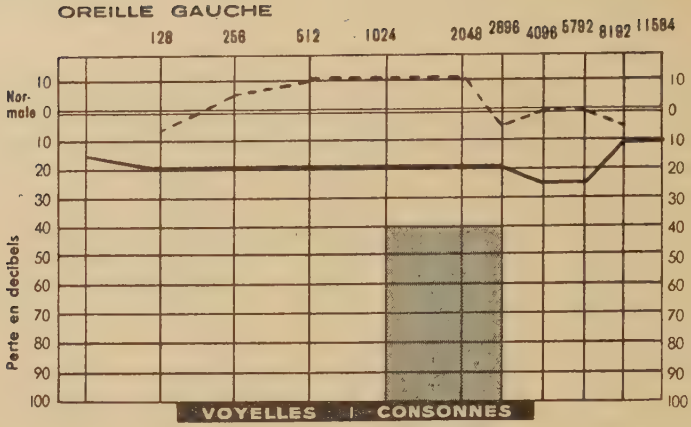
Otoscopie :

O.G. : Fond du C.A.E. est parfaitement fermé. La graisse s'est rétractée, mais est parfaitement épidermée.

O.D. : Plus de perforation visible.

Acoumétrie :	O.D.		O.G.
	1 m.	montre	1 m.
	2 m.	voix chuchotée	2 m.
		Weber non latéralisé	
	25/25	Rinne (512)	15/25

Audiogramme : pratiquement normal.



OBSERVATION VI

Mil... Marius.

Homme de 42 ans, hospitalisé dans le service, le 22-5-51, pour une otorrhée chronique droite datant de l'enfance.

A l'entrée :

Écoulement purulent abondant et fétide.

Céphalées temporo-pariétales intermittentes.

Pas de vertige, mais bourdonnements d'oreille intermittents à tonalité grave.

Examen : Légère douleur à la pression de l'apophyse mastoïde droite.

Otoscopie :

O.D. : Il n'existe plus de tympan. Le fond de caisse, dont la muqueuse est granuleuse, est recouvert de pus d'odeur fétide.

O.G. : Perforation ancienne large et basse sans suppuration.

Gorge : Fosses nasales : rien à signaler.

L'audiogramme montre une légère atteinte des aigus en C.O.R. et une perte d'environ 50 décibels sur toutes les fréquences en C.A.

Intervention, le 26-5-51 (Dr Perron) :

O.D. : Évidement par la voie du conduit.

Lésions de cholestéatome remplissant l'aditus et se prolongeant dans la caisse.

Mise en place de graisse. A la fin de l'intervention, persiste une petite hémorragie artérielle due à un petit vaisseau de la paroi vers la capsule articulaire du maxillaire inférieur.

Un drain dans le conduit.

Pénicilline générale : 1.000.000 pendant dix jours.

Suites opératoires :

Le 29-5-51 : Ablation du drain.

Le 22-6-51 : Va bien, mais il persiste une petite perforation postérieure. Peut sortir.

Revu le 30-12-54 : Aucun écoulement depuis l'opération.

Surdité subjectivement non améliorée.

Quelques bourdonnements.

Otoscopie :

O.D. : Parfaitement cicatrisée. La perforation notée précédemment n'est plus visible. La graisse ne s'est pas rétractée.

O.G. : Aspect identique à celui noté lors de son hospitalisation.

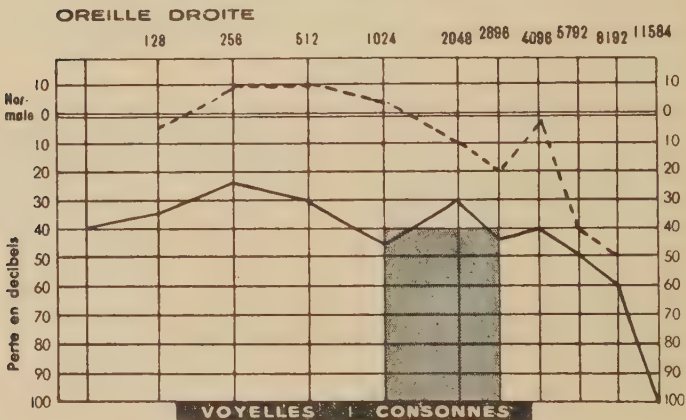
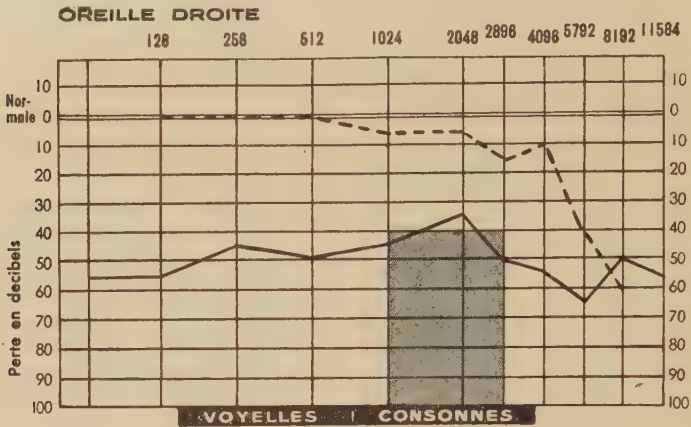
Acoumétrie : Montre perçue au contact du côté droit, à 40 cm du côté gauche.

Weber latéralisé à gauche.

La voix chuchotée perçue à 30 cm du côté droit, à 60 cm du côté gauche.

Audiogramme : Montre un gain d'environ 15 décibels sur les fréquences en C.A. jusqu'au 2048, pour le reste statu quo.

C.O.R. légèrement améliorée sur les sons graves.



OBSERVATION VII

Va... Jean-Paul, 16 ans.

Hospitalisé le 30-8-51.

Présente une otite chronique bilatérale depuis l'âge de 8 ans, que l'on avait déjà soignée médicalement en 1949 et asséchée.

A l'entrée :

Les deux oreilles coulent de façon profuse, surtout l'oreille droite. Suppuration fétide. Céphalées depuis un mois.

Otoscopie :

O.D. : Le tympan n'existe pratiquement plus qu'autour du manche du marteau. Il existe des paillettes de cholestéatome.

O.G. : Large perforation postéro-supérieure.

Acoumétrie : Montre perçue à 5 cm du côté droit, à 20 cm du côté gauche.

Rinne très négatif à droite et à gauche.

Surdité de transmission plus marquée à droite.

Audiogramme : Il est à noter une atteinte des aigus en C.O.R.

Radiographie des mastoïdes : mastoïde scléreuse.

Le reste de l'examen montre :

— d'énormes amygdales cryptiques,

— des fosses nasales étroites avec déviation de cloison.

On décide d'intervenir sur le côté droit.

Intervention, le 3-9-51 (Dr Tognet) :

O.D. : Evidement pétro-mastoïdien total par la voie rétro-auriculaire.

Antre petit cerné par une méninge procident mise à nu sur une petite surface du toit antral.

Ouverture de l'aditus et de l'attique contenant pus et débris cholestéatomateux.

Ablation de l'enclume et du marteau. Taille du mur du facial.

Mise en place d'un fragment graisseux prélevé à la paroi abdominale.

Fermeture en deux plans. Un drain dans le C.A.E.

Pénicilline générale : 1.000.000 pendant dix jours.

Suites opératoires :

6-9-51 : Ablation du drain.

29-9-51 : Les suites au niveau de l'oreille ont été très simples, mais il persiste un léger suintement dans le fond du C.A.E.

Par contre, il s'est produit un volumineux hématome de la paroi abdominale qui obligea à enlever les points et refaire les sutures.

Le malade sortit à cette date. L'audiogramme, pratiqué la veille, montre en C.A. un léger gain sur les fréquences graves, mais une perte considérable à partir du 2896.

Le malade fut revu depuis à plusieurs reprises :

— Le 16-10-51 : O.D. sèche.

— A partir du 25-6-52, l'oreille coule pratiquement tout le temps.

Amygdalectomie totale le 2-7-52.

Réséction de cloison nasale le 10-8-54.

Lorsque le malade est hospitalisé, on vient rapidement à bout, par les simples soins d'hygiène, de cette otorrhée d'origine tubaire probable. Mais il s'agit d'un sujet négligent.

Le malade est revu, le **8-1-55** : Les deux oreilles coulent abondamment. Amélioration subjective de l'audition.

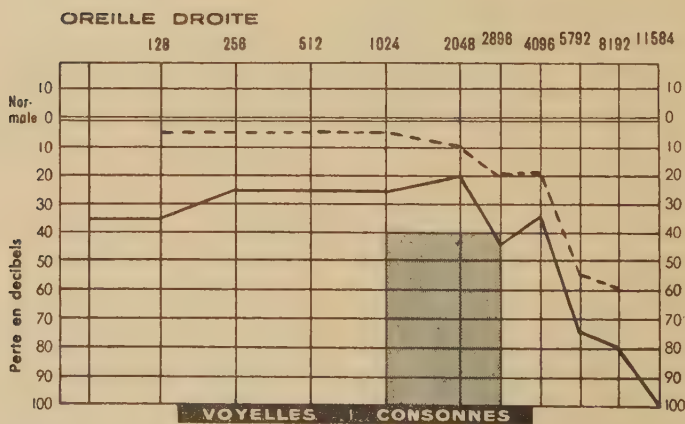
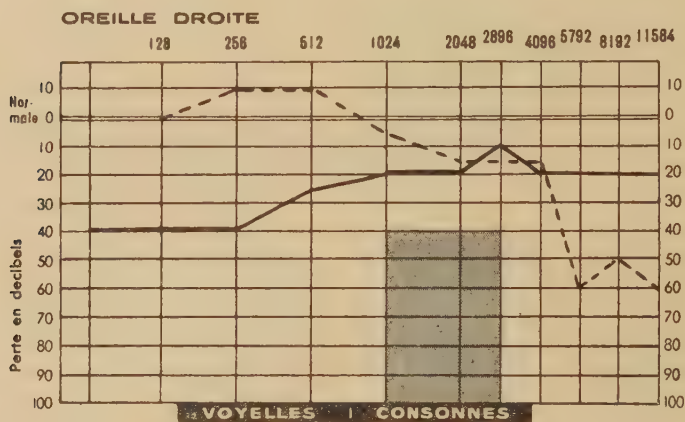
Otoscopie :

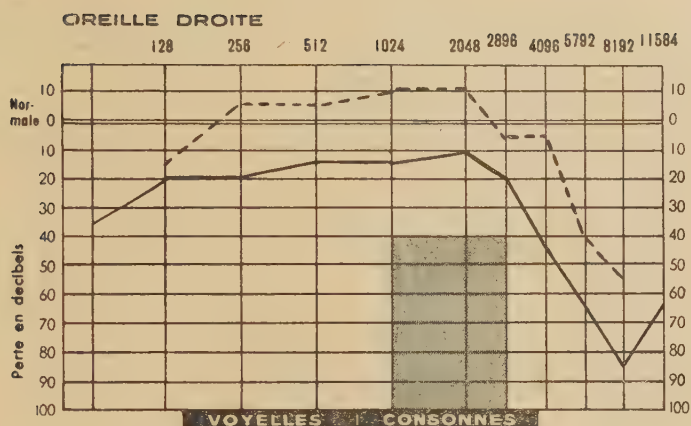
O.D. : En raison de l'inflammation du fond du C.A.E. par l'otorrhée, on se rend mal compte de l'état de la graisse.

O.G. : Il n'existe pratiquement plus de tympan.

Acoumétrie : La montre est perçue à 20 cm à droite, à 40 cm à gauche.
La voix chuchotée à 50 cm des deux côtés.

Audiogramme : Montre une amélioration d'environ 10 décibels par rapport au précédent examen, jusqu'au 4096. A partir du 4096, courbes pratiquement identiques.





OBSERVATION VIII

Gar... Yvonne.

Jeune fille de 17 ans, présentant une otorrhée droite intermittente depuis trois ans environ, et hospitalisée le 1-9-51 pour réaction mastoïdienne droite, alors que depuis un mois, nous la traitons quotidiennement par des lavages avec méchage à la pénicilline.

A l'entrée, le 1-9-51 : Il s'agit d'une otite chronique droite réchauffée, bien drainée par une large perforation postérieure par où s'écoule une grande quantité de pus fétide.

On met la malade à la tifomycine per os (1 g) et localement mèche imbibée de tifomycine.

Le 8-9-51 : La réaction mastoïdienne a disparu.

Otoscopie :

O.D. : Perforation haute postérieure par où sort un pus épais et fétide.

Le tympan existe presque entièrement, à travers la perforation, on voit la courte apophyse du marteau qui paraît saine.

O.G. : Tympan remanié mais non perforé.

Acoumétrie : Montre perçue à 5 cm du côté droit, à 30 cm du côté gauche.

Voix chuchotée à 30 cm du côté droit, à 60 cm du côté gauche.

Rinne plus négatif à droite qu'à gauche.

Weber latéralisé à droite.

Audiogramme : La C.O. est conservée jusqu'au 4096.

La perte moyenne en C.A. oscille autour de 25 décibels.

On décide d'intervenir sur le côté droit, mais on patiente encore huit jours, pendant lesquels on continue le traitement médical.

Le 19-9-51 : Intervention (Dr Perron) :

O.D. : Evidement par la voie du conduit.

Fongosités dans l'attique, l'aditus et l'antre, sans ostéite.

Ablation de l'enclume. Section de la tête du marteau.

Conservation du tympan.

Mise en place de graisse.

Un drain dans le conduit.

Tifomycine per os 1 g pendant huit jours.

Suites opératoires :

Le 22-9-51 : Ablation du drain.

Le 5-10-51 : Les suites ont été on ne peut plus simples.

L'oreille est sèche, le fond du conduit cicatrisé.

La malade sort.

Audiogramme, le 6-10-51 : Courbe à peu près identique.

Revue, le 21-1-55 :

L'oreille n'a pas recoulé depuis l'opération.

Amélioration de l'audition.

Otoscopie :

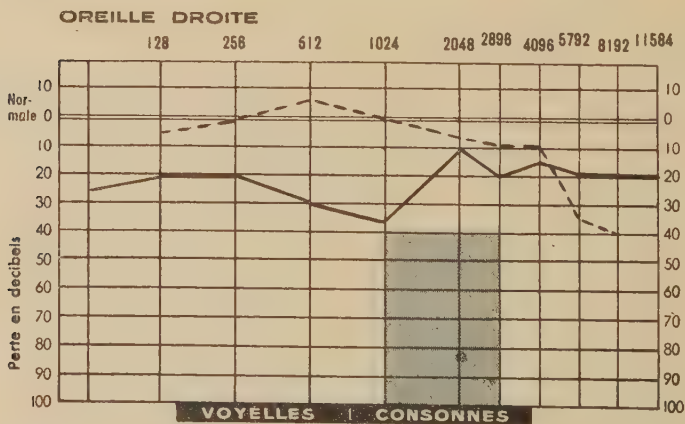
O.D. : Graisse et tympan sont en parfaite continuité.

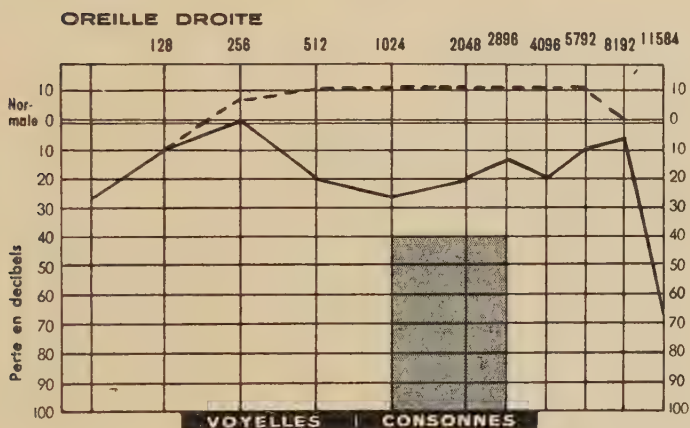
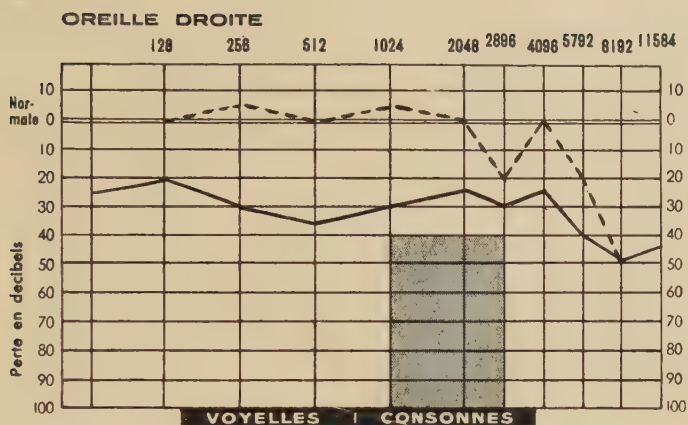
O.G. : Rien de plus à signaler.

Acoumétrie : Montre perçue à 40 cm à droite et à gauche.

Voix chuchotée à 80 cm.

Audiogramme : Légère amélioration par rapport à l'examen pré-opératoire.





OBSERVATION IX

Fad... Saïd.

Ce Nord-Africain de 24 ans est hospitalisé dans le service le 7-9-51 pour une otorrhée gauche datant d'au moins trois ans, s'accompagnant de céphalées et de quelques vertiges. Le traitement médical tenté par un praticien de la ville quelques mois auparavant a été inefficace.

A l'entrée :

Bon état général.

Pas de réaction mastoïdienne.

Otorrhée gauche abondante et fétide.

Otoscopie :

O.G. : Le fond du conduit est tapissé de bourgeons. Le tympan semble avoir disparu.

O.D. : Tympan normal.

Acoumétrie :	O.D.		O.G.
	1 m.	montre	Quelques centimètres
		Weber	Latéralisé à gauche
	+	Rinne	—

Audiogramme : La C.O.R. est conservée. Perte de 50 décibels sur toutes les fréquences en C.A.

Radiographie : Mastoïde gauche **éburnée**.

Intervention, le 16-9-51 (Dr Tognet) :

O.G. : Evidemment pétro-mastoïdien total par voie rétro-auriculaire. Grosses lésions péri-antrale, de l'aditus, et de l'attique. Pas de cholestéatome. L'enclume n'est pas trouvée. Le marteau présente des lésions d'ostéite. Il existe une trépanation spontanée du canal semi-circulaire externe

Fermeture totale après inclusion de graisse prélevée à la paroi abdominale.

Un drain dans le conduit.

On laisse le drain dans le C.A.E. pendant cinq jours pour instiller de la pénicilline. Ablation des crins le septième jour. La partie haute de la plaie opératoire se cicatrise mal et suinte légèrement. La graisse apparaît dans le fond du conduit appendu à l'attique.

Le sujet a fait un gros hématome de la paroi abdominale malgré les précautions d'hémostase et l'inclusion de spongel avec thrombase.

Le 11-10-51 : Apparition d'une grosse suppuration par le C.A.E. et dans la cavité mastoïdienne. Désunion des sutures. On songe à réintervenir. On met le malade à la tifomycine per os (1 g). Lavages localement avec tifomycine.

Le 22-10-51 : La suppuration a cédé assez rapidement sans qu'on soit obligé de réintervenir.

Cicatrice postérieure entièrement fermée.

Conduit un peu suintant, dont le fond semble vouloir se cicatriser complètement.

Sort, le 28-10-51 : Complètement cicatrisé.

Audiogramme : Montre une perte d'environ 10 décibels en C.A. à partir du 512.

Le malade n'est plus revu jusqu'à ce qu'on le convoque, le 14-1-55.

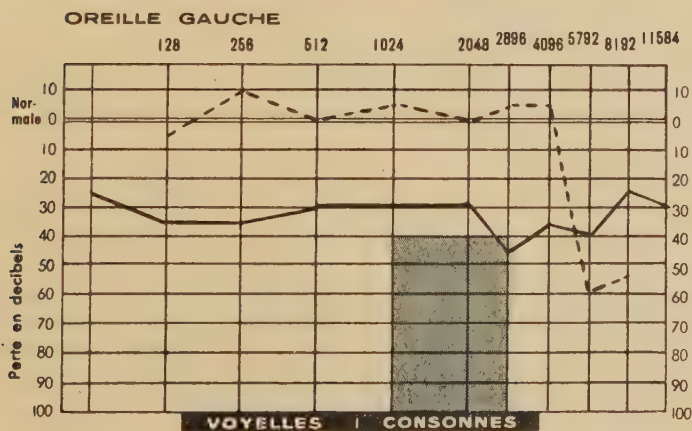
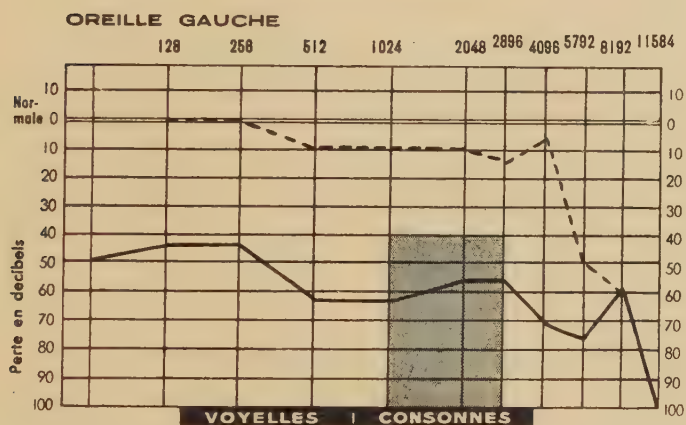
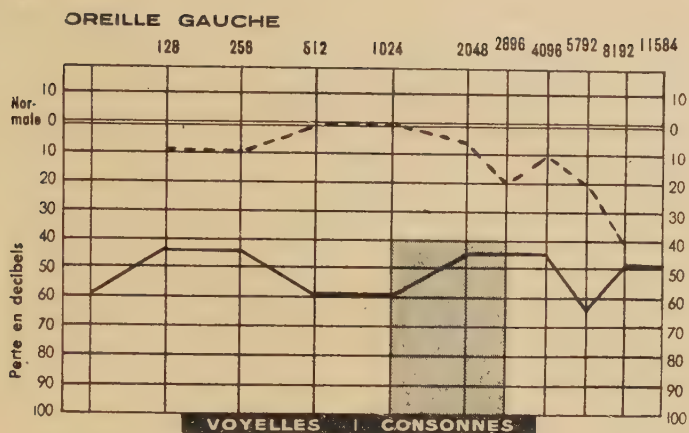
O.G. : N'a plus jamais coulé depuis la sortie du service.

Aucun trouble fonctionnel. Amélioration subjective de l'audition.

Acoumétrie : La montre, à gauche, est perçue à 20 cm et la voix chuchotée à 1 mètre.

Audiogramme : Surprise, il y a une nette amélioration par rapport à l'examen pré-opératoire : 20 à 30 décibels sur chaque fréquence.

Otoscopie : Le fond du conduit est parfaitement épidermisé. Il n'y a plus trace de graisse.



OBSERVATION X

Ber... Lucette.

Jeune fille de l'Assistance Publique, hospitalisée le 4-1-52, à l'âge de 20 ans, d'interrogatoire difficile, en raison de son retard de développement intellectuel.

Présente une otorrhée gauche depuis quatre ou cinq mois.

A l'entrée : Enfant débile avec otorrhée muco-purulente non fétide, sans réaction mastoïdienne.

Examen O.R.L. :

Otoscopie :

O.D. : Rien à signaler.

O.G. : Tympan rougé. Perforation antéro-inférieure.

Acoumétrie (O.G.) : Montre perçue à 20 cm.

Voix chuchotée à 10 cm.

Weber latéralisée du côté gauche.

Audiogramme (O.G.) : Perte de 40 à 50 décibels sur toutes les fréquences en C.A. La C.O.R. plonge à partir du 1024 pour aboutir à une perte de 50 décibels au 5792.

Radiographie : la mastoïde gauche est plus condensée.

Après dix jours de traitements médicaux, absolument inefficaces, on décide l'intervention.

Intervention, le 20-1-52 (Dr Perron) :

O.G. : Attico-antrotomie par la voie du conduit. Ablation de l'enclume et du marteau. La conservation du manche du marteau est rendue impossible par la petitesse des osselets et de la caisse.

Mise en place de graisse suivant la technique argentine.

Un drain dans le conduit enlevé le 25-1-52.

Pénicilline générale : 1.000.000 pendant dix jours.

Le 2-2-52 : Bon état. Léger suintement.

Le 9-2-52 : Excellent état.

La malade sort le 16-2-52, entièrement cicatrisée, l'oreille sèche. L'audiogramme montre une amélioration de 30 décibels sur chaque fréquence en C.A.

Revue, le 29-1-55 : Depuis son opération, l'oreille gauche coule de temps à autre (une fois par an) et l'assèchement se produit rapidement sans soin particulier.

Pas de céphalée. Pas de vertige. Pas de bourdonnement.

Amélioration subjective de l'audition.

Otoscopie :

O.G. : Sèche : graisse rétractée bouche la perforation.

O.D. : Normale.

Acoumétrie :

O.D.

1 m.

1 m.

30/30

montre

voix chuchotée

Weber latéralisé

Rinne

O.G.

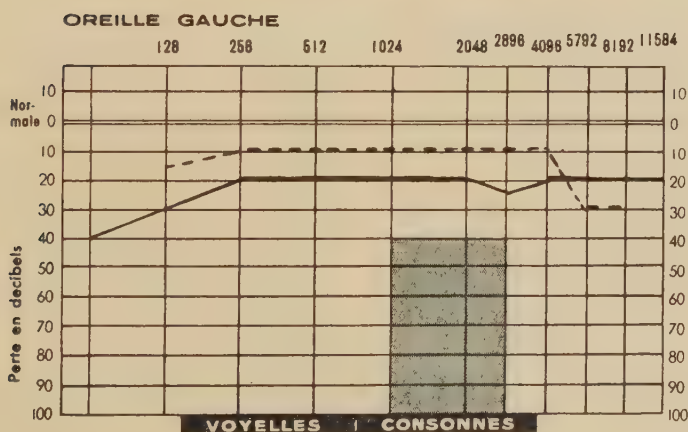
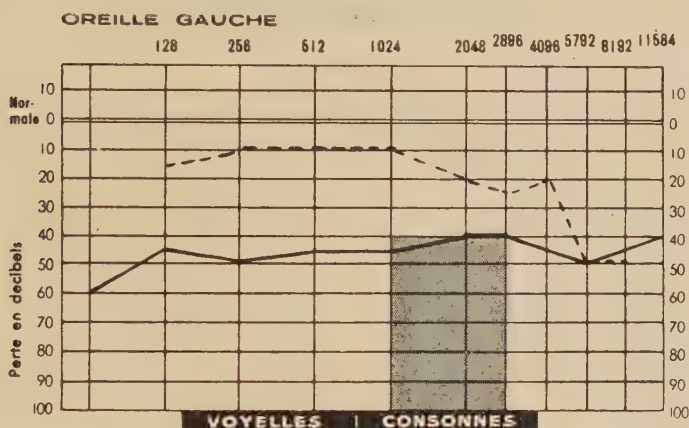
1 m.

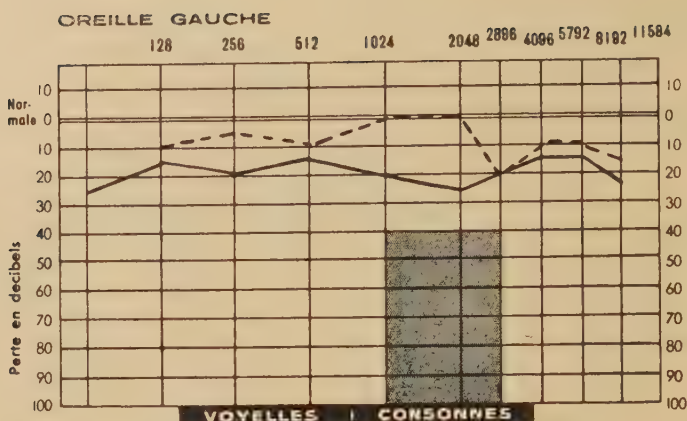
1 m.

O.G.

15/15

Audiogramme : Le gain de 30 décibels s'est maintenu.





OBSERVATION XI

Clem... Paulette, 24 ans.

Jeune fille hospitalisée, le 11-2-52, pour une otite chronique droite réchauffée. Présente une otorrhée bilatérale depuis l'enfance.

A l'entrée :

Ecoulement auriculaire droit non fétide, relativement abondant.

Douleur mastoïdienne droite.

Température à 38°2.

A l'examen :

Douleur de la pression de la pointe de la mastoïde droite.

Otoscopie :

O.D. : Il n'y a plus de tympan. On a une vue directe sur la caisse dont la muqueuse est très enflammée.

O.G. : Perforation postéro-supérieure sèche.

L'examen de la gorge et des fosses nasales ne révèle rien d'anormal.

La malade est mise à un traitement local (lavage et mèche de pénicilline), et général (pénicilline 500.000 unités par jour).

Le 26-2-52 :

Les signes inflammatoires se sont tassés, mais l'écoulement persiste quoique insignifiant.

Acoumétrie : Montre perçue à 10 cm du côté droit, à 1 m. 50 du côté gauche.

Le Rinne est franchement négatif.

Le Weber latéralisé à droite.

Audiogramme : Surdité de conduction avec perte moyenne de 40 décibels sur toutes les fréquences en C.A. Bonne C.O.

Radiographie des masto ides : masto ide scléreuse.

Intervention, le 27-2-52 (Dr Perron) :

O.D. : Evidement par la voie du conduit.

Lésions uniquement dans la caisse.

Mise en place de graisse selon la technique argentine.

Drain dans le C.A.E.

Pénicilline : 1.000.000 d'unités.

Suites opératoires :

Ablation du drain, le 2-3-52.

Le 8-3-52, on note excellent état local. O.D. sèche. Peut sortir.

Audiogramme : Légère amélioration des sons graves en C.A.

Pour le reste, statu quo.

La malade est revue le 3-1-55.

L'oreille droite n'a pas recoulé, mais la malade se plaint de lourdeur de tête avec **agoraphobie** (cette malade est, par ailleurs, une psychasthénique).

Otoscopie :

O.D. : Sèche. La graisse s'est rétractée, adhérent sur tout le pourtour du C.A.E. Partout elle est épidermisée.

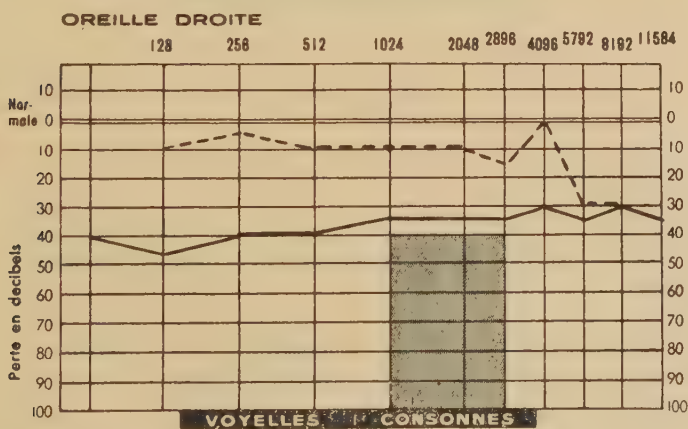
O.G. : Il n'y a plus de tympan. Fond de caisse sec.

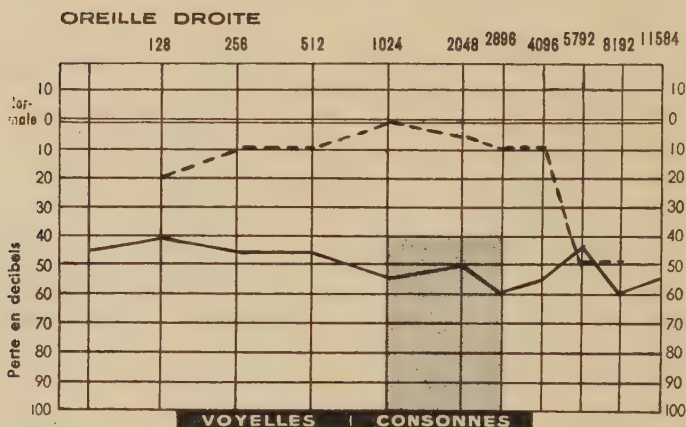
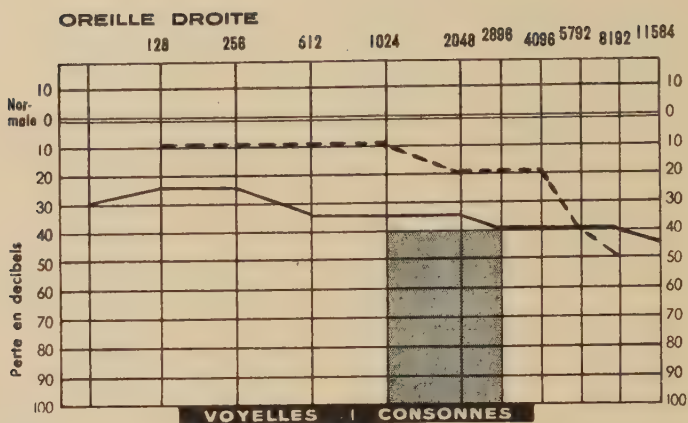
Acoumétrie : La montre n'est pas perçue à droite, à 1 mètre à gauche.

La voix chuchotée est entendue à 50 cm à droite, à 1 m. à gauche.

Le Rinne est franchement plus négatif à droite qu'à gauche, mais le Weber n'est plus latéralisé.

Audiogramme : Perte de 15 à 20 décibels sur chaque fréquence en C.A. par rapport au 18-3-52.





OBSERVATION XII

Gam... Simone, 14 ans.

Cette malade est hospitalisée, le 17-3-52, pour otite chronique bilatérale datant de la petite enfance, actuellement en poussée de réchauffement du côté gauche.

A l'entrée :

Enfant à l'état général médiocre, se plaignant de céphalées frontales gauches.

A l'examen :

— Réaction mastoïdienne gauche avec otorrhée muco-purulente non fétide.

- Pas de signe méningé.
- Examen du fond d'œil : rien à signaler.

Otoscopie :

O.D. : Tympan blanchâtre de suppuration chronique, perforation haute sèche.

O.G. : Le fond du conduit est obstrué par un polype qui cache le tympan.

- Fausses nasales, gorge : rien à signaler.

Traitement médical entrepris immédiatement : pénicilline 1.000.000, streptomycine : 1 g., après ablation du polype.

Le 21-3-52 : Les signes inflammatoires se sont tassés.

Audiogramme ; en C.O.R. : perte considérable à partir du 1024 ; en C.A. : courbe en pente descendante.

Y a-t-il une atteinte cochléaire ?

Intervention, le 22-3-52 (Dr Perron) :

O.G. : Evidemment pétro-mastoïdien par voie postérieure, en raison des lésions mastoïdiennes. Le sinus latéral très procident est mis à nu. Importantes lésions rétro- et pré-sinuales.

Découverte de l'attique. Ablation du marteau, de l'enclume.

Mise en place de graisse, malgré les lésions mastoïdiennes osseuses très importantes.

Un drain dans le C.A.E.

Pénicilline générale 1.000.000.

Suites opératoires : Tout ce qu'il y a de plus simple, la malade sort cicatrisée le 2-4-52.

Audiogramme : Montre une perte d'audition de 20 à 30 décibels, par rapport au précédent examen, surtout sur les sons aigus.

Mais la malade fut **réhospitalisée, le 17-11-52**, en raison d'une légère réaction mastoïdienne gauche avec écoulement purulent bilatéral.

On donne à la malade : 1 g de tifomycine per os.

Sort entièrement guérie, le **1-7-52**.

Revue, le 3-1-55.

L'oreille n'a plus jamais coulé depuis. Pas d'amélioration subjective de la surdité.

Par contre, présente des hémicranies gauches profondes, à type de brûlures accompagnées parfois de nausées et de sensations vertigineuses, qui amènent l'hospitalisation. L'examen est négatif.

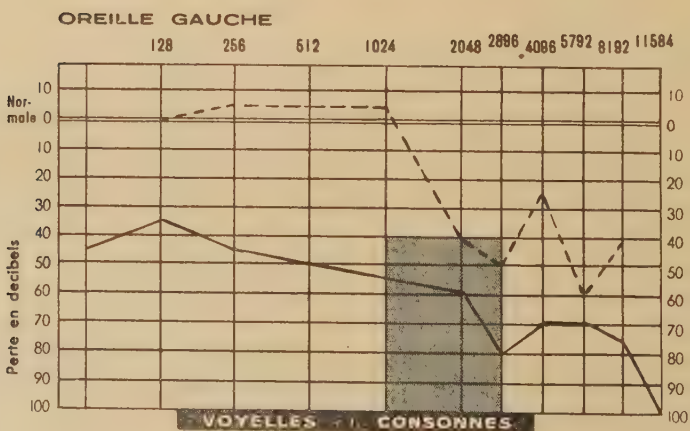
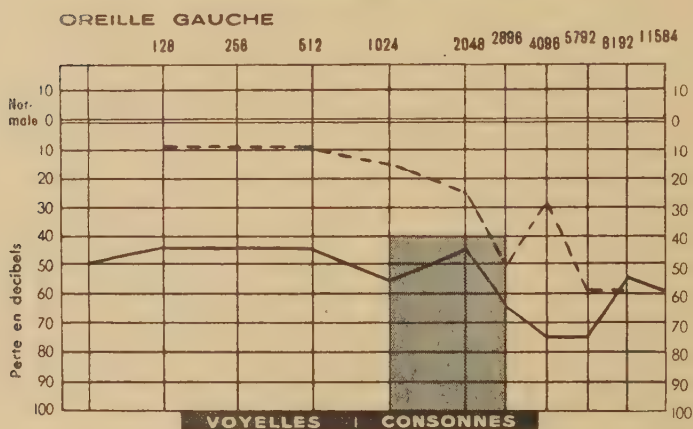
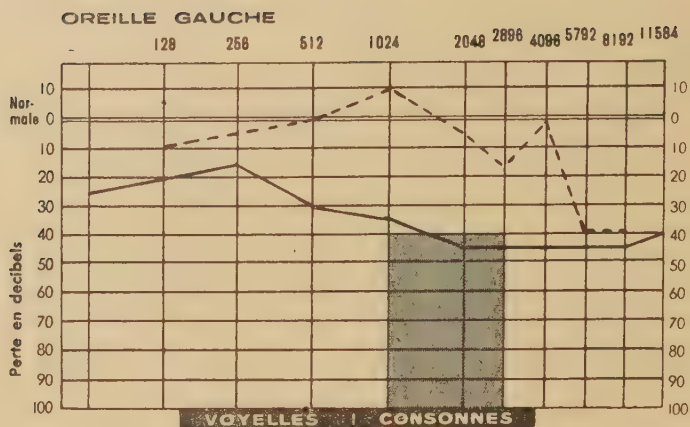
On pratique la section des nerfs pétreux, le 24-2-55, sans succès d'ailleurs.

Otoscopie :

O.G. : Cicatrisée. Sèche. La graisse s'est rétractée.

O.D. : Perforation supérieure sèche à l'heure actuelle, mais coule par intermittence.

Audiogramme : Les sons graves sont restés relativement stables, mais la perte sur les sons aigus à partir du 2048 s'est accentuée, atteignant aussi bien la C.A. que la C.O.R.



OBSERVATION XIII

The... Marinette, 11 ans.

Hospitalisée, le 8-4-52.

Présente une otorrhée bilatérale depuis 1944. Poussée de réchauffement du côté droit en novembre 1951, guérie par le traitement médical.

A l'entrée :

— Otorrhée séro-purulente bilatérale.

— Otoscopie :

O.D. : Perforation haute, antérieure, intéressant la membrane de shrapnell.

O.G. : Petite perforation postéro-inférieure.

— L'audiogramme montre qu'il s'agit d'une surdité de transmission, avec atteinte des aigus (5792) en C.O.R., et perte de 30 décibels en moyenne sur toutes les fréquences en C.A.

— Acoumétrie : Montre non perçue à droite, perçue à 20 cm à gauche. Voix chuchotée perçue à 30 cm à droite, 50 cm à gauche.

— Radiographie : Mastoïde droite très condensée. Disparition des cloisons cellulaires.

Intervention, le 24-4-52 (Dr Tognet) :

O.D. : Evidement radical avec mise à nu du sinus et de la méninge. Grosses lésions du mur du facial nécessitant sa taille dans la zone profonde. Résection du cadre tympanal.

Curetage de la caisse. Ablation des osselets et du tympan.

Inclusion de graisse.

Suture en deux plans. Drains dans le C.A.E.

Suites opératoires : On ne peut plus simples.

L'enfant sort le 12-5-52. L'oreille droite est sèche et cicatrisée.

Elle est revue le 17-6-52 à l'occasion d'un léger suintement qui céda grâce à quelques soins locaux.

Audiogramme : La C.A. est bien conservée, mais la C.O.R. fait apparaître une perte d'audition qui atteint 20 décibels sur certaines fréquences.

Le 5-6-53, en raison d'une nouvelle récurrence de l'otorrhée, on pratique un curetage de végétations, qui est bénéfique.

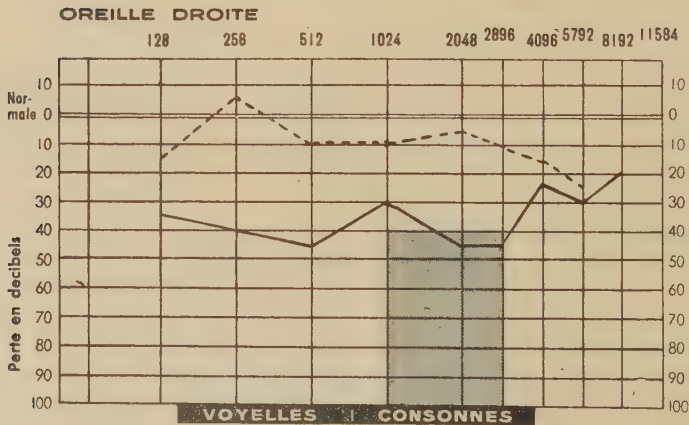
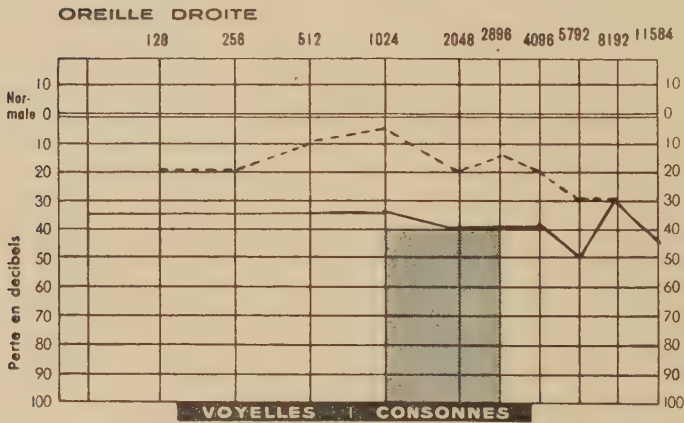
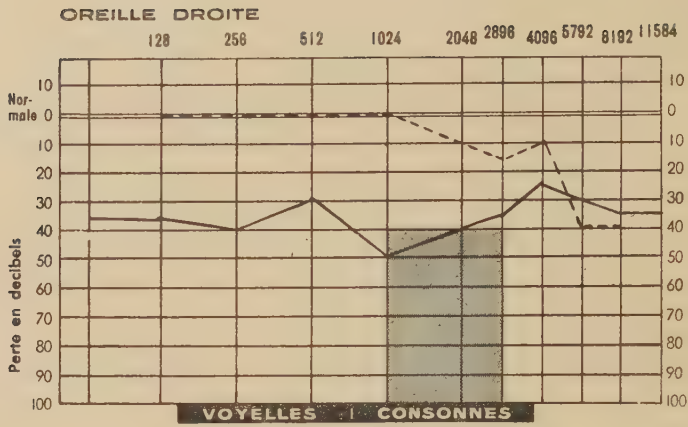
Revue, le 19-11-54 :

L'oreille n'a plus coulé depuis l'adénoïdectomie.

Otoscopie :

O.D. : greffe bien épidermée, mais très rétractée.

L'audiogramme montre une partielle récupération en C.O.R., une C.A. inchangée par rapport au premier examen.



OBSERVATION XIV

Vey... Lucienne.

Jeune fille de 17 ans, hospitalisée dans le service, le 19-6-51, pour une otorrhée chronique gauche datant de la prime enfance.

A l'entrée :

Très légère réaction mastoïdienne gauche.

Otoscopie :

O.D. : Rien à signaler.

O.G. : Tympan largement détruit ; par l'orifice s'écoule un muco-pus fétide.

Gorge : Rien à signaler.

Nez : Gros cornet moyen.

Acoumétrie : Alors que l'O.D. perçoit la montre à 1 mètre, l'O.G. ne la perçoit qu'à 10 cm.

Le Weber est latéralisé à gauche.

Le Rinne négatif à gauche.

Donc, surdité de transmission.

L'audiogramme montre une relativement bonne C.A. (moins de 30 décibels de perte sur toutes les fréquences), une C.O.R. peu différente de la normale.

Radiographie du mastoïde : Mastoïde gauche très remanié.

Intervention, le 20-6-51 (Dr Perron) :

O.G. : Evidemment pétro-mastoïdien total par voie postérieure.

Grosses lésions mastoïdiennes rongant profondément la face profonde de l'antre, pénétrant dans le rocher, et descendant du côté du mur du facial.

Mise en place de graisse dans la cavité mastoïdienne.

Sutures totales en deux plans. Drain dans le C.A.E.

Pénicilline générale : 1.000.000 pendant dix jours.

Suites opératoires :

Le 24-6-51 : Ablation du drain.

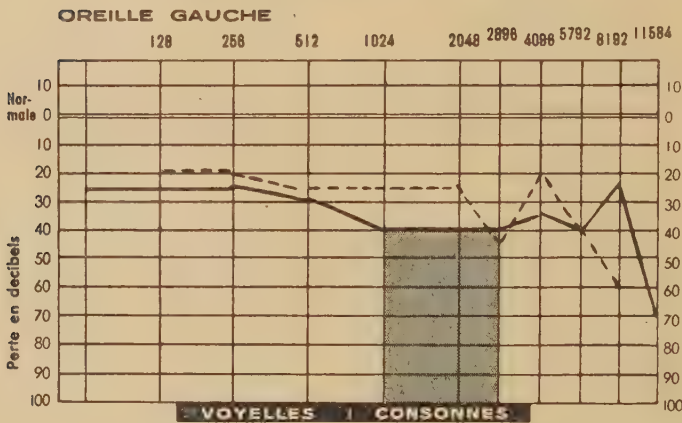
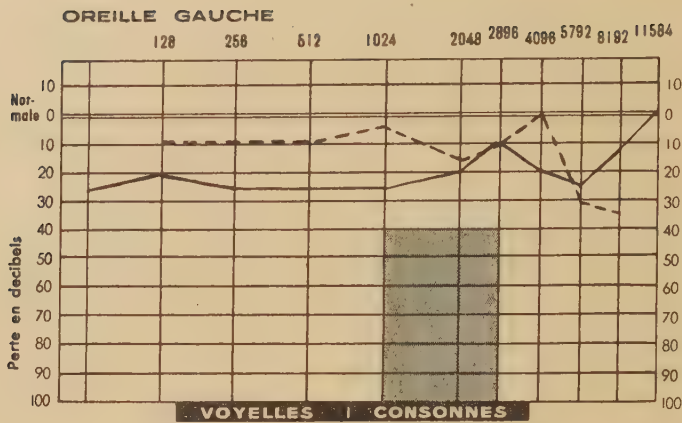
Sort, le 7-7-51, entièrement cicatrisée, l'oreille sèche.

Revue, le 13-9-51 : L'oreille ne coule pas et le fond est entièrement sec.

Bonne cicatrisation postérieure, mais cicatrice douloureuse, créant des névralgies occipitales.

L'audiogramme montre une légère diminution d'acuité auditive, plus sensible à partir du 1024, et portant aussi bien sur la C.A. que sur la C.O.R.

La malade n'a pas répondu à notre convocation en 1955.



OBSERVATION XV

Sp... Agnès, 12 ans.

Vue pour la première fois dans le service, le 28-3-50, pour otite droite.*
Cuti positive depuis 1945.

Antécédents personnels : Rougeole à l'âge de 9 ans, et depuis traîne une
otite du côté droit.

A l'entrée :

Bon état général.

Réaction mastoïdienne droite.

Otorrhée purulente très abondante, fétide.

Lésions d'otite externe expliquant la tuméfaction légère et la douleur à
la pression de la région prétragienne.

Mise au traitement médical :

Pénicilline générale.

Localement, lavage et bain de l'oreille à l'alcool.

Pénicilline en gouttes et mèche à l'oxyde jaune de mercure.

Est reprise par ses parents, le 29-3-50.

Nouveau séjour, le 2-12-50.

Otorrhée droite, extrêmement abondante.

Réaction mastoïdienne à la pointe très nette.

Otoscopie : C.A.E. rempli de pus, parois irritées saignant facilement. On arrive à voir le tympan, presque entièrement détruit. Par la perforation sort un pus abondant.

Le 5-12-50, audiogramme : diminution de l'acuité auditive droite.

Le traitement médical diminue considérablement l'écoulement.

Mais, le 4-1-51 : Réchauffement des lésions avec apparition de vertiges.

6-1-51 : Intervention (Drs Perron, Seguin) :

O.D. : Evidement pétro-mastoïdien par voie postérieure.

Grosses lésions mastoïdiennes dans la rainure inter-sinuso-faciale. Sinus et dure-mère très proéminents.

La découverte de l'attique montre des lésions nombreuses entourant l'enclume qui est enlevée. La tête du marteau est sectionnée.

Nettoyage de la caisse à la curette.

Mise en place de la graisse dans l'attique et dans la mastoïde.

Suture classique d'évidement et drain dans la caisse.

10-1-51 : Ablation du drain.

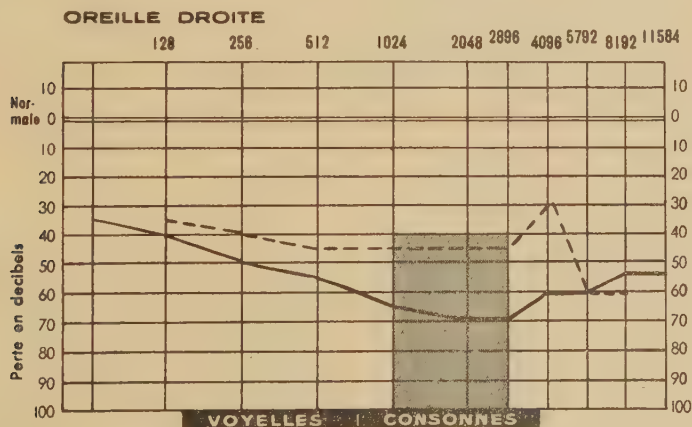
Pansement journalier à la pénicilline.

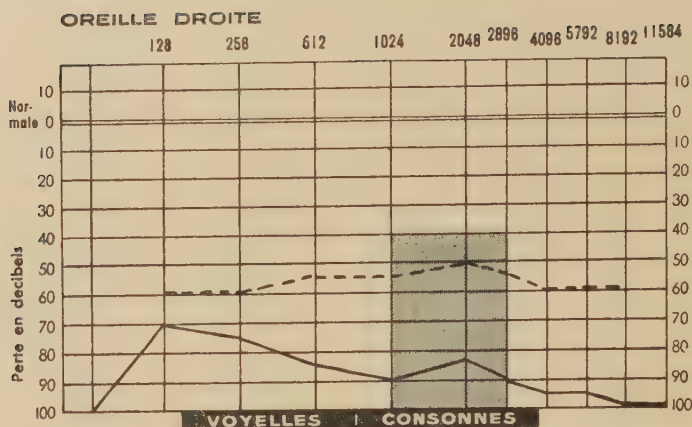
L'assèchement est long à obtenir.

L'enfant part le 12-4-51 : la cavité est sèche, la graisse s'est épidermée.

L'audiogramme montre une perte importante d'audition depuis l'opération.

L'enfant ne s'est pas présentée à la visite depuis cette date.





OBSERVATION XVI

Ver... Yvonne, née le 8-7-46.

Cette enfant nous est envoyée une première fois en 1947 par le service de pédiatrie pour antrotomie bilatérale, en raison d'une perte de poids progressive avec otorrhée bilatérale persistante.

Intervention, le 4-10-47 (Dr Vuillermoz) :

Antrotomie bilatérale :

O.G. : Os mou. Peu de lésions.

O.D. : Lésions très importantes de toute la mastoïde.

L'état s'améliora progressivement, l'enfant reprit du poids, les oreilles s'asséchèrent et elle sortit le 31-12-47 en excellent état.

Les trois années suivantes, ses oreilles coulèrent par intermittence.

Elle fut réhospitalisée, le 8-3-51, pour un abcès rétro-auriculaire gauche au niveau de la cicatrice d'antrotomie qui fut incisé sur-le-champ.

Le 27-3-51 : L'incision de l'abcès se ferme mal, la suppuration continue avec bourgeonnement.

Apparition d'une otorrhée droite et gauche, à l'occasion d'une rhinopharyngite.

Radiographie : mastoïde gauche très éburnée.

Le 29-3-51 : Curetage de végétations.

Le 4-4-51 : Intervention (Dr Tognet) :

O.G. : On part pour une mastoïdectomie. La mastoïde est très éburnée, nécessitant gouge et marteau. Pas de lésion en dehors de la condensation.

Un gros bourgeon occupe l'aditus et la partie antérieure de l'antre, venant de l'oreille moyenne.

On fait alors un grand évidement : l'enclume n'est pas retrouvée, le marteau est retiré de la caisse ayant perdu son apophyse. Enfin, on trouve dans la caisse des lamelles de cholestéatome.

Mise en place de graisse dans la cavité postérieure.

Suture totale en deux plans avec conservation du conduit.

Un drain dans le conduit.

Mise à la pénicilline générale : 1.000.000 pendant dix jours.

Le 7-4-51 : Ablation du drain.

L'enfant sort le 27-4-51. L'oreille est entièrement cicatrisée et parfaitement sèche.

Revue, le 21-1-55 : L'oreille n'a jamais coulé depuis sa sortie du service.

La surdité est importante aux dires de la mère.

Otoscopie :

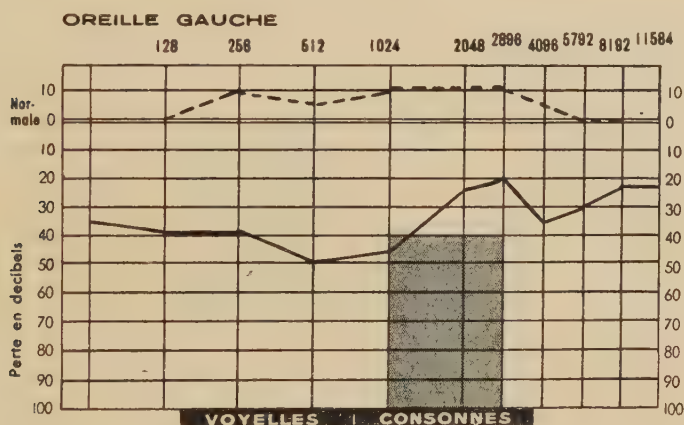
O.G. : La graisse, très rétractée, obture complètement le fond du C.A.E.

Le conduit, très rétréci, ne permet qu'une vue incomplète du tympan.

L'audiogramme montre que, malgré les multiples interventions pratiquées chez cette enfant de 5 ans :

— La C.O.R. est entièrement conservée.

— La C.A. présente une perte de 40 à 50 décibels jusqu'au 1024, puis s'améliore.



OBSERVATION XVII

Yah... Fatima.

Malade de 25 ans, ininterrogeable, hospitalisée, le 20-5-51, pour une otorrhée muco-purulente du côté gauche persistante.

A l'entrée :

Pas de réaction mastoïdienne gauche.

Otoscopie :

O.G. : Large perforation antéro-inférieure d'aspect otite chronique.

O.D. : Tympan normal.

Le reste de l'examen O.R.L. est négatif.

Audiogramme, le 28-5-51 : Surdité de transmission importante mais où la C.O.R. est relativement très atteinte.

Radiographie des masto ides (O.G.) : masto ide scléreuse.

Intervention, le 30-5-51 (Dr Perron) :

O.G. : Attico-antrotomie par la voie du conduit.

Section de la tête du marteau et conservation du tympan.

Mise en place de graisse.

Un drain dans le conduit.

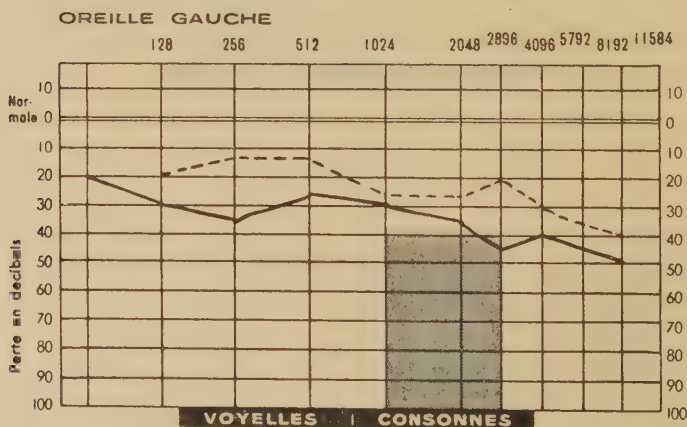
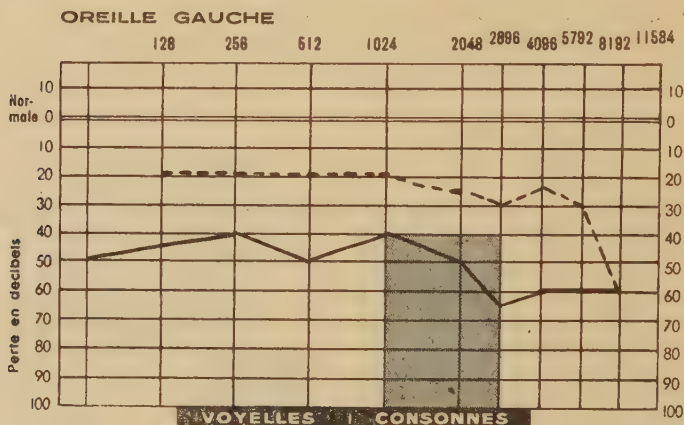
Pénicilline générale : 1.000.000 d'unités pendant dix jours.

Suites opératoires : On ne peut plus simples.

Sort, le 17-6-51, complètement cicatrisée, l'oreille sèche.

Le 3-8-51 : Oreille sèche. L'audiogramme montre une amélioration de 10 décibels environ en C.A.

N'a plus été revue depuis, car elle a quitté la région.



DISCUSSION

Le but de toute opération sur une otorrhée chronique est de tarir la suppuration, sans compromettre pour autant l'audition. Plus accessoirement, on recherche la simplification de l'intervention et des suites post-opératoires.

Vu sous cet angle, nous allons étudier, à la lumière de nos observations, ce qu'apporte d'intéressant l'inclusion de graisse dans l'évidement pétro-mastoïdien.

I. — DU POINT DE VUE TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Chaque malade pose un problème particulier, car l'acte opératoire est fonction des lésions existantes. Et c'est par un examen pré-opératoire minutieux, que l'on décide de la nécessité d'un évidement total ou partiel.

L'inclusion de graisse a été pratiquée :

- dans 7 cas d'évidements partiels (obs. 1, 2, 6, 8, 10, 11, 17).
- dans 10 cas d'évidements pétro-mastoïdiens totaux (obs. 3, 4, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16).

Elle est très satisfaisante anatomiquement dans les évidements partiels : à cheval sur l'aditus, elle comble la cavité mastoïdienne, s'avancant dans l'attique, mais elle n'est pas directement dans le conduit, les restes du tympan, la paroi postérieure et supérieure du conduit la maintenant dans cette position.

Dans les évidements totaux, on est toujours anxieux du devenir de cette graisse : elle est bien dans la cavité mastoïdienne, mais

on craint toujours de la voir glisser dans le conduit. Nous n'avons jamais eu cet ennui, mais Lejeune, dans sa thèse, le signale. Le greffon peut s'éliminer par le conduit.

Les auteurs lillois ont bien remarqué cet écueil et usent de deux artifices :

— Une résection moins poussée du mur du facial : il est effectif que la cavité mastoïdienne remplie de graisse, a moins de facilités pour former des récessus propices à la suppuration.

— La suppression de la plastie du C.A.E., la paroi postérieure du conduit est simplement réclinée en avant, lors du curetage de la caisse.

Nous n'avons jamais associé à l'implantation de graisse, une greffe cutanée libre suivant la technique d'Ombrédanne. Cela ne nous a jamais semblé nécessaire, et ce serait rajouter un acte supplémentaire et peut-être inutile. En effet, une seule fois, s'est produite une suppuration abondante par le C.A.E. (obs. 9) avec désunion de la plaie auriculaire. La prescription de tifomycine a stoppé le processus, la graisse ne s'est même pas éliminée.

Par contre, un détail nous a paru important : mettre un drain suffisamment gros ou une mèche suffisamment tassée, dans le C.A.E., pour éviter les affaissements ultérieurs. C'est par deux fois (obs. 2 et 4) que nous avons constaté un rétrécissement du conduit, facteur de perte d'audition.

Un seul véritable ennui à cette méthode : la caisse n'est pas bouchée, l'orifice tubaire n'étant pas obturé. Par conséquent, on court le risque d'une suppuration salpingienne. C'est pourquoi, le Professeur Picquet préconise l'association de la greffe dermo-épidermique de moyenne épaisseur au niveau de l'orifice tubaire dans la caisse, et du greffon adipeux, au niveau de la cavité mastoïdienne. Nous n'avons jamais employé cette méthode.

Donc, du point de vue opératoire on peut conclure que cette technique apporte une simplification de l'acte chirurgical, en particulier dans les évidements totaux par la suppression du temps de la plastie du conduit.

II. — DANS LES SUITES POST-OPÉRATOIRES

Un drain à enlever au troisième jour, des instillations quotidiennes de pénicilline dans le C.A.E., l'administration pendant dix jours d'un antibiotique par voie générale, quelques pansements sur la plaie abdominale, voilà les soins à apporter à cet opéré. Les malades acceptent facilement ces actes très peu douloureux et inhérents à toute intervention.

La cicatrisation est obtenue en moyenne au vingtième jour.

— Dans les évidements partiels — 7 cas — l'oreille est sèche au quinzième jour.

— Dans les évidements totaux — 10 cas — au vingt-cinquième jour, ce qui est d'autant plus remarquable que dans 5 cas au moins, nous avons trouvé à l'intervention des lésions mastoïdiennes, très étendues, parfois subaiguës, obligeant à réséquer la presque totalité de l'apophyse. De tels malades sont toujours longs à cicatriser par les techniques classiques.

Et ajoutons que ce résultat est particulièrement sensible dans la région stéphanoïde : en effet, vu la condition sociale des malades de l'Hôpital, il est nécessaire de ne faire sortir les opérés qu'après guérison complète.

Donc, on peut conclure que l'inclusion de graisse dans la cavité d'évidement amène une simplification considérable des soins post-opératoires et un raccourcissement incontestable de l'hospitalisation.

III. — LES RÉSULTATS.

Deux critères nous serviront à apprécier l'efficacité de l'opération :

- la disparition de l'otorrhée,
- l'état de l'audition.

Etant donné que nos malades ont été opérés entre 1951 et 1952, nous serons à même de juger des résultats immédiats puis secondaires.

1. Disparition de l'otorrhée.

Dans le mois qui suivit l'intervention de nos 17 malades :

14 présentaient un C.A.E. parfaitement sec et épidermisé.

3 cas seulement présentaient une légère suppuration.

— Obs. 3 : Mais ce n'était qu'un simple suintement, un simple retard d'épidermisation ; à la fin du deuxième mois, tout était terminé.

— Obs. 7 : Ce malade, tout d'abord est un négligent et ne se donne pas la peine de suivre les préceptes élémentaires de propreté. C'est sûrement un facteur d'entretien de la suppuration. Le facteur déterminant est tubaire, et malgré des soins attentifs (résection de cloison, insufflations tubaires médicamenteuses répétées, amygdalectomie totale) cette suppuration s'est éternisée, et nous l'avons retrouvée en 1955.

— Obs. 13 : Là encore, il s'agissait d'une otorrhée tubaire, mais traitée à temps (curetage des végétations adénoïdes avec massage tubaire), la suppuration s'est tarie, et depuis 1953, ne s'est pas reproduite.

Donc, au départ, 3 opérés présentaient un écoulement, un seul, deux mois après, pouvait s'en targuer.

Par contre, deux autres malades, asséchés à leur sortie du service, ont constaté une reprise de la suppuration ; ce sont deux attico-antrotomies (obs. 2 et 10) et l'on peut se demander s'il ne persiste pas de discrets foyers d'ostéite qui se réveillent par moment, car il ne s'agit pas d'une otorrhée tubaire.

En conclusion, trois ans après l'intervention, 3 malades seulement présentent une suppuration persistante. Ce qui fait moins de 20 % de mauvais résultats, résultat analogue à celui rapporté par les auteurs lillois. Et comme eux, nous insisterons sur l'importance primordiale qu'il y a à déceler rapidement le caractère tubaire ou non de cette otorrhée, afin de la traiter radicalement d'emblée, si possible.

2. Etat de l'audition.

Celle-ci sera appréciée principalement par les audiogrammes pris systématiquement avant l'intervention, un à trois mois après et en janvier 1955. Nous ne compterons d'ailleurs que 16 observations, la dix-septième intéressant un enfant opéré à l'âge de 4 ans.

Résultats un mois après l'intervention :

- 7 malades présentaient une amélioration d'au moins 10 décibels (et sur ces 7, l'un d'eux présentait une amélioration de 30 décibels).
- 4 malades avaient une audition sensiblement identique.
- 5 présentaient une perte d'audition, mais dans les 5 cas, cette perte était inférieure à 10 décibels.

Analysons ces résultats :

- 7 malades améliorés (obs. 1, 2, 5, 6, 10, 11, 16), dont 6 évidements partiels (sur les 7 opérés) et un évidement total pour une otite cholestéatomateuse (obs. 5).

Ces 7 malades avaient eu des suites opératoires très simples, l'otorrhée étant tarie avant le quinzième jour.

- Les malades stationnaires (obs. 3, 4, 7, 8).

Les observations 3 et 4 concernant des otorrhéiques anciens arrivés dans un état alarmant, présentant l'un une paralysie faciale, l'autre une thrombose du sinus latéral, avec abcès sous-dural. La greffe de graisse avait été faite dans un second temps, et dans les deux cas, les suites avaient été on ne peut plus simples.

Nous avons déjà parlé de l'observation 7 à propos des otorrhées persistantes. Nous reviendrons tout à l'heure sur l'influence bénéfique qu'a eu son traitement sur l'audition.

L'observation 8 concernait une otite chronique réchauffée et c'est peut-être l'explication de ce relativement mauvais résultat, puisqu'il s'agit d'une attico-antrotomie.

- 5 malades présentaient une perte d'audition (obs. 9, 12, 13, 14, 15).

Dans l'observation 9, les suites avaient été compliquées par la désunion de la suture rétro-auriculaire et une suppuration profuse. Ces phénomènes expliquent incontestablement ce mauvais résultat.

Les observations 12 et 15, concernent des malades opérés dans les suites immédiates d'une poussée de réchauffement.

L'observation 13 présentait de grosses lésions osseuses, et les suites post-opératoires ont été entachées par un suintement qui persista jusqu'à l'adénoïdectomie.

Pour expliquer le mauvais résultat de l'observation 15, nous ne pouvons qu'en appeler à la gravité des lésions pétro-mastoïdiennes.

— En 1955, 13 malades ont répondu à leur convocation :

(Ces 13 malades, un mois après l'intervention se répartissaient ainsi :

- 6 améliorations : obs. 1, 2, 5, 6, 10, 11.
- 4 états stationnaires : obs. 3, 4, 7, 8.
- 3 aggravations : obs. 9, 12, 13.)

En janvier 1955, on peut schématiquement affirmer que l'opération a amélioré 8 malades, n'a pas eu d'action nocive sur l'audition dans 3 cas, en a aggravé deux.

Sur les 8 améliorations :

— 5 sur les 7

- se sont maintenues (obs. 2, 6, 10),
- où ont augmenté (obs. 1, 5).

— Dans 2 cas (obs. 7 et 8), les résultats, de stationnaires au début, sont devenus bons :

- obs. 7, après traitement de l'otorrhée tubaire,
- obs. 8, sans que l'on sache pourquoi (il s'agissait d'une attico-antrotomie).

— La dernière amélioration concerne l'observation 9 dont les suites très troublées, n'ont pas empêché la guérison et un gain ultérieur de 20 décibels sur toutes les fréquences par rapport à l'examen pré-opératoire.

Sur les 3 états stationnaires :

- 2 déjà notés au cours du premier examen post-opératoire (obs. 3 et 4) ont peu varié.
- Pour la troisième, au contraire (obs. 13), le retour à l'audition pré-opératoire est un succès que l'on peut vraisemblablement attribuer au curetage des végétations avec massage tubaire, amenant l'assèchement de l'oreille.

En définitive, on ne déplore que 2 aggravations :

- L'observation 12, où une aggravation déjà notée au premier examen post-opératoire, s'est confirmée. Mais cette malade, par ailleurs, présente des hémicranies que nous interprétons comme des algies méningées et pour lesquelles nous préconisons la section des nerfs pétreux.
- Quant à l'observation 11, alors qu'au premier audiogramme post-opératoire, on notait un gain de 10 décibels environ par fréquence, elle présente maintenant une baisse considérable (de l'ordre de 20 décibels en C.A.) que l'on peut attribuer peut-être à une poussée de réchauffement survenue quelques mois après son opération. Il existe peut-être bien encore quelques foyers osseux en activité.

Les auteurs lillois avaient noté qu'il existait une chute élective vers le 4096 vd. Nous n'avons pas retrouvé cela, et il nous a semblé que la fréquence la plus sensible était le 2048.

De cette étude des résultats audiométriques obtenus, retenons quelques idées directrices :

- Plus l'intervention sera limitée, tout en étant complète, plus grande seront les chances de récupérer quelques décibels.

- Le traitement de la suppuration post-opératoire est primordial et à longue échéance bénéfique pour l'audition.

- Enfin et surtout, une amélioration audiométrique obtenue un mois après l'intervention a toutes chances de se maintenir et peut-être même d'augmenter. Notre statistique est bien minime, mais nous arrivons au pourcentage de 15 % de possibilités de

baisse tardive d'audition. C'est peut-être là, le gros avantage de cette technique, car l'on sait que dans l'évidement classique, il est fréquent de constater une baisse d'audition dans les années qui suivent l'intervention, en raison de l'envahissement des fenêtres par le tissu cicatriciel.

Comment et pourquoi cette graisse améliore l'audition ? On en est réduit aux hypothèses, et la plus séduisante est celle émise par le Professeur Mayoux : formation à partir de ce greffon graisseux placé dans les plus mauvaises conditions de survie, de cellules jeunes aptes à se défendre, sécrétant des biostimulines qui auront un effet tonique sur les cellules nobles de l'appareil de Corti. Action analogue en somme à celle du placenta.

QUELLES SONT DONC, A NOTRE AVIS, LES INDICATIONS DE L'INCLUSION DE GRAISSE DANS LES ÉVIDEMENTS

1° Essentiellement au cours des atticites : l'évidement conservateur est ici de règle et la conservation du tympan est un atout essentiel pour la réussite de la greffe adipeuse. C'est là, la meilleur indication ; on a avantage à l'employer vu ses résultats incontestablement supérieurs à ceux obtenus par les techniques classiques.

2° Lorsqu'on constate un fond de caisse bourgeonnant, avec disparition plus ou moins complète du tympan, lorsque la mastoïde apparaît à la radiographie, profondément remaniée, l'E. P.M. radical est nécessaire. A priori, l'inclusion de graisse paraît inconcevable, et la greffe cutanée libre plus séduisante. En fait, la conservation du conduit membraneux, une abrasion moins poussée du mur du facial, sont suffisantes pour maintenir la graisse dans la cavité mastoïdienne et éviter sa chute dans le conduit.

Les antibiotiques actuels, en outre, empêchent la pullulation microbienne. C'est pourquoi, la méthode argentine d'inclusion de graisse peut être employée avec la certitude de résultats analogues, sinon supérieurs, à ceux obtenus par les techniques classiques. Et nous ajouterons que la simplicité des soins post-opératoires, et le raccourcissement de la période d'hospitalisation, nous ont fait employer cette méthode de plus en plus souvent. Mais il est préférable que les lésions soient refroidies, car il semble qu'une otite chronique réchauffée, traitée ainsi, a de moins bons résultats.

3° Nous ajouterons, par contre, que l'inclusion de graisse a été essayée dans une vingtaine de cas, non relatés ici, de mastoïdectomie simple, de façon à obtenir une cicatrisation par première intention. En fait, les résultats ont été sensiblement moins bons que par la technique courante, malgré l'administration par voie générale d'antibiotiques. Plusieurs fois, nous avons été amenés à réintervenir, en raison de la persistance de l'écoulement : la mastoïdectomie avait bien été totale dans chaque cas, et la simple ablation de la graisse, pratiquement lysée, amena une rapide guérison. C'est pourquoi, nous avons complètement abandonné l'inclusion de graisse au cours des mastoïdectomies simples.

CONCLUSIONS

I. — La découverte des antibiotiques a permis l'inclusion de graisse dans les cavités d'évidement pétro-mastoïdien.

Cette méthode préconisée par les auteurs argentins est techniquement facile. Les suites opératoires sont très simples et indolores. La cicatrisation est obtenue entre le quinzième et le vingtième jour.

II. — Les résultats immédiats sont excellents, tant sur l'otorrhée que sur l'audition.

Trois ans après, ces résultats se sont maintenus, et même l'audition s'est améliorée dans la majorité des cas.

Il faut cependant dépister toutes les otorrhées tubaires post-opératoires, et les traiter énergiquement, si l'on veut que les résultats se maintiennent.

III. — Les 17 cas étudiés permettent d'affirmer :

— Que son indication majeure est l'attico-antrotomie.

— Que vu les avantages considérables de cette méthode (suites opératoires très simplifiées - avenir audiolgique non compromis) on sera autorisé à l'employer dans les évidements radicaux.

- Mais qu'elle est contre-indiquée :
 - Au cours des mastoïdectomies simples.
 - Au cours des interventions pour otites chroniques réchauffées.

Vu,

Le Doyen :

H. HERMANN.

Vu,

Le Président de la Thèse,

MAYOUX.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 28 Avril 1955.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

André ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

- BARLET M. et COORNAERT G. — L'utilisation de greffes cutanées libres dans les cavités d'évidement pétro-mastoïdien. *Lille Chirurgical*, 1951, n° 34, p. 187.
- BOURDIAL et LALLEMANT. — Réflexions sur l'otite chronique de l'enfant, suggérées par 120 interventions. L'évidement attical. *Annales d'O.L.*, juin 1953, p. 343.
- DECROIX G. — L'évidement pétro-mastoïdien suivi d'inclusion de graisse enrobé de sulfamide. *J. F. O.R.L.*, sept. 1952, p. 467.
- GALANTE E., BANENECHÉ V.R. et GUANACHENA J.L. — Considérations chirurgicales sur les otites moyennes chroniques. *Revue Oto-Neuro-Ophthalm. Cir. neurol. Sud. Am.*, juillet-sept. 1953, p. 83.
- JACOD M. — Le mécanisme d'action sur l'oreille des manœuvres digitales péri-tubaire. *Bull. de la Soc. O.R.L. de Lyon*, nov. 1951, p. 312.
- LEJEUNE Ch. — Le traitement de l'otite chronique moyenne suppurée par une intervention chirurgicale suivie d'une inclusion graisseuse. Thèse, Lille, 1952.
- MADURO R. — Les suppurations chroniques de l'oreille moyenne. Expansion scientifique française, 1949.
- MAYOUX et MERAUX. — Inclusion de graisse dans la cavité mastoïdienne au cours de l'évidement. *Bull. Soc. O.R.L. de Lyon*, 1951, n° 3, p. 167.
- MAYOUX et MARTIN. — Du massage tubaire. *Bull. Soc. O.R.L. de Lyon*, 1951, n° 5, p. 318.
- MOULONGUET et BOUCHE. — Cinq cas d'évidement pétro-mastoïdien selon la méthode argentine. *Soc. franç. O.R.L. - Congrès 1950*, compte rendu des séances, p. 119.
- MOULINARD J. — Le traitement par le radium des reliquats adénoïdiens (Méthode de Crowes-Burnam). *Annales O.R.L.*, 1951, n° 1, p. 72.
- PORTMANN G., ROBIN J.L., DUCOMBE F. — Plastique des évidements pétro-mastoïdiens par greffe, dermo-épidermiques larges. *Revue de Laryngologie-Otologie-Rhinologie*, nov.-déc. 1951, p. 45.
- RAMADIER et PIALOUX. — Evidements pétro-mastoïdiens. *E.M.C. O.R.L.*, t. I, p. 20.110.
- SCEVOLA P. — Greffes épidermiques et dermo-épidermiques dans les cavités produites par l'intervention chirurgicale radicale et traitement antibiotique post-opératoire (résumé français). *Valsalva*, oct. 1951, p. 318.
- SEGUIN E. — A propos de 16 observations de greffes cutanées libres dans les évidements pétro-mastoïdiens. Thèse, Lyon, 1952.
- SUAREZ C.C. — Trépanation radicale de l'oreille avec greffon de graisse libre. *Revue Clin. esp.*, 30 sept. 1949, n° 6, p. 403.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
HISTORIQUE	15
TECHNIQUE DE L'OPÉRATION	19
LES OBSERVATIONS	23
DISCUSSION	59
I. — Du point de vue technique opératoire	59
II. — Dans les suites post-opératoires	61
III. — Les résultats	61
QUELLES SONT DONC, A NOTRE AVIS, LES INDICATIONS DE L'INCLUSION DE GRAISSE DANS LES ÉVIDEMENTS	67
CONCLUSIONS	69
BIBLIOGRAPHIE	71
